Rok XXXIX. Kraków, 7 Kwietnia 1900. Nr. 14.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Trąd męskiego narządu płciowego.

Podał

Radca zdrowia Dr. Leopold Glück

Prym. szpitala kraj. w Sarajewie.

Prawie wszyscy autorowie, którzy opisywali trąd aż do połowy XIX w., byli przekonani, że cierpienie to może się także udzielić drogą obcowania płciowego. Również prawie wszyscy stwierdzają, że chorzy trędowaci, od początku swego cierpienia aż do śmierci, bywają płciowo podnieceni tak, że wielu z nich cierpi na stałe prawie cięgotki (*priapismus*). Okoliczność ta, jak niemniej i zwyczaj, – że w wiekach średnich poddawano podejrzanych o trąd, jakoteż rzeczywiście trędowatych, ścisłemu badaniu lekarskiemu, nim ich przymusowo umieszczono w t. zw. leprozoryach, — przemawia za tem, że z reguły musiał także być badany u mężczyzn narząd płciowy; pomimo to jednak nie znajdujemy żadnej wzmianki u dawnych leprologów o występowaniu zmian trądowych na częściach rodnych.

To ogólne milczenie autorów zwróciło już uwagę Henslera, który się też odwołał do „przyszłych badaczy“ trądu z życzeniem, by odpowiedzieli na pytanie „czy istnieją cierpienia miejscowe na częściach przykrytych?“ Dopiero Adams na początku XIX w. zaznaczył, że w przebiegu trądu u mężczyzn występują na narządzie płciowym zmiany chorobowe; miał on stwierdzić jakoby, że jądra u wszystkich trędowatych bywają zanikłe, zmarniałe i tracą czynnościową zdolność rozrodczą. Przeciw temu, w każdym razie za daleko idącemu twierdzeniu wystąpili Danielssen i Boeck, odwołując się na Rayera, według którego narząd płciowy u trędowatych bywa zupełnie prawidłowy i należycie rozwinięty. Udowodnimy w dalszym biegu naszych wywodów, że wprawdzie mniemanie Adamsa nie da się usunąć zupełnie, w każdym jednak razie nie można uważać zaniku jąder za swoistą zmianę trądu, albowiem może to być także następstwem innych przyczyn.

Niewątpliwe zmiany trądowe na męskim narządzie płciowym opisali dopiero Danielssen i Boeck, którzy przy sposobności klinicznego opisywania guzów trądowych na skórze, powiadają: „on les trouve presque partout sur le corps, et á l'exception du cuir chevelu, ou aux plantes des pieds, aux surfaces internes des mains, ou nous ne les avons pas vus, nous les avons observés aux autres endroits déjà déscrits, aux oreilles, au pénis, au scrotum, aux organes genitaux de la femme...“

Na 35 przypadków trądu guzowatego (*lepra tuberosa*) i guzowato-znieczulnego (*lepra tuberoso-anaesthetica*) u mężczyzn, omawianych *in extenso* przez wzmiankowanych autorów w swym podręczniku, znajduje się 5 przypadków, w których są opisane większe lub mniejsze, po części płaskie, guzki trądu, barwy bladej, ciemno żółtej i brunatnej, znajdujące się na mosznach, na skórze prącia, na napletku, a nawet na obwódce żołędzi. Czy także i na innych częściach narządu płciowego mezkiego występują owe zmiany, — o tem nie wspominają Danielssen i Boeck.

Baczniejszą już uwagę na stan innych części narządu rodnego zwrócono w połowie 6-go dziesięciolecia. Virchow, Oldekop, Hansen i Köbner opisują zmiany anatomiczne i histologiczne trądem zajętych jąder i przyjądrza, Oldekop prócz tego i przewodów nasiennych, a Hansen pęcherzyków nasiennych. Po odkryciu zaś prątka trądu (1870) zajmowali się badaniami histologiczno-bakteryologicznemi trądu Leloir, Rikli-Hansen, Doutrelepont i Babes.

O ile więc nowsze piśmiennictwo, tyczące się trądu części płciowych u mężczyzn, bogatem jest pod względem anatomicznym i histologicznym, o tyle jest szczupłem pod względem klinicznym. W wielkiej liczbie monografij o tym przedmiocie zaledwo pobieżnie są wspomniane kliniczne objawy trądu narządu rodnego; — istnieją nawet rozprawy z ostatnich czasów, w których opracowany jest wprawdzie bogaty materyał obserwacyjny, zawierający setki dotyczących historyi chorób, a przecież napróżno szukamy opisu zmian trądowych na częściach rodnych. Pochwały godny wyjątek z tej ogólnej reguły stanowi Leloir, który na 45 przypadków trądu guzowatego i mięszanego (*lepra mixta*) u mężczyzn, opisuje 10 razy objawy występujące na narządzie płciowym.

1. „Le gland est garni de tubercules á toutes les périodes developpés dans l'épaisseur du derme; un seul s'est ulcéré et s'est couvert d'une croûte épaisse et verdâtre“ *(Obs. III.)*

2. „Les organes génitaux externes paraissent sains, sauf une plaque d'induration, située à la partie inférieure gauche du scrotum, dont l'anaesthesie est absolue.“ *(Obs. VII.)*

3. „Le scrotum et la verge sont garni de tubercules.“ *(Obs. VIII.)*

4. „Les testicules sont absolument atrophiés. Ils sont gros tout au plus comme des noyaux de cerises. Ils ne contiennent pas de nodosités et ne sont pas indurés. Les régions génitales sont absolument glabres, et la verge est grosse comme le petit doigt d'un enfant de trois ans.“ *(Obs. X.)*

5. „Les testicules sont petits, gros comme des cerises, sans indurations ni nodosités. Les organes génitaux sont trés peu developpés et le malade est presque impubère.“. *(Obs. XI.)*

6. „Tubercules aux testicules. Cet homme avoue plus de désirs vénériens, qu'avant sa maladie.“ *(Obs LVI.)*

7. „Le testicule gauche est gros comme une petite mirabelle; il est mou, mais quand on le comprime fortement

on sent qu'il est farsi de plusieurs nodosités grosses comme de petits pois. Le testicule droit est gros comme une grosse prune bleue, un peu lobulé, et d'une dureté presque ligneuse dans toute son etendue. On dirait un testicule syphilitique.“ *(Obs. LIX.)*

8. „Taches et ulceres cicatrisés sur le scrotum et la verge.“ *(Obs. LXII.)*

9. „Sur le scrotum tubercules plats et squameux, simulant l'eczema lichenöid. De même le prepuce et la peau de la verge. Mais ce sont de tubercules. Demangeaisons au niveau de ces tubercules.“ *(Obs. LXXIV).*

10. „Quelques tubercules de la face interne du prépuce.“ *(Obs. LXXXIII).*

Leloir stwierdził tedy zmiany na żołędzi, napletku, skórze prącia, mosznach i na jądrach; — spostrzegane zaś zaburzenia chorobowe, które usadowiły się równocześnie na kilku częściach narządu rodnego i to w najrozmaitszych powikłaniach, miały kształt plam, guzów, guzków i wrzodów, a względnie blizn po nich; nadto znachodziły się także nacieki, znieczulenia i zaniki jąder, a nawet całego narządu płciowego.

Wreszcie nadmienić wypada, że Leloir zaznacza podwyższony popęd płciowy u dwóch ze swoich chorych, w okresie pojawienia się zmian na częściach rodnych, atoli sam tego stwierdzić nie mógł, lecz zaznacza w rubryce „wywiady“ odpowiedniej historyi choroby.

Materyał obserwacyjny. Wykazanie swoistych zmian w częściach płciowych u mężczyzn ma dla patologii trądu wybitne znaczenie. Raz, że mimowolnie nasuwa się myśl o możliwości zakażenia narządu rodnego, powtóre może to być przedmiotem, przyczyniającym się ewentualnie do rozwiązania spornego pytania, tyczącego się dziedziczności lub zaraźliwości trądu. Dlatego ważną jest rzeczą dowiedzieć się, jak często, kiedy i wśród jakich okoliczności, a względnie wśród jakich klinicznych objawów zwykły występować te zmiany? Ponieważ jednak na powyższe pytania nie można dać odpowiedzi, opartej na podstawie dotychczasowego, zbyt szczupłego materyału, ponieważ dalej klinika trądu narządu rodnego u mężczyzn wykazuje jeszcze liczne braki, — dlatego zamierzamy tylko ogłosić wyniki tu odnoszące się spostrzeżeń naszych, w nadziei, że one będą zachętą do dalszych podobnych publikacyj.

Od 1-go Lipca 1894 r. do końca 1899 r. mieliśmy sposobność spostrzegać 44 mężczyzn, dotkniętych trądem guzowatym, a względnie guzowato-znieczulnym *(lepra tuberoso-anaesthetica)*, z czego u 42, t. j. 95·4%, można było stwierdzić częścią swoiste zmiany trądowe, częścią zaś objawy chorobowe, stojące z trądem w związku przyczynowym. Nim jednak nasze wyniki bliżej określimy, obowiązkiem naszym jest nadmienić, że rozpoznanie trądu opierało się u wszystkich wymienionych chorych nie tylko na podstawie objawów klinicznych, lecz także zostało stwierdzone przez wykazanie prątków Hansena. Niemniej zaznaczyć trzeba, że u żadnego z tych chorych nie można było wybadać ani śladu kiły.

Spostrzeżenia nasze opiewają:

Liczba porządkowa	Trąd guzowaty	Trąd mięszany	wiek chorego	czas trwania choroby	Opis objawów	Uwaga
1.	1	—	32 lat	9 lat	Na żołędzi prącia znajdują się dwa okrągłe blade guzki, wielkości kukurydzy, ostro odgraniczone i płasko-wypukłe, nadto jeden naciek płaskawy, stwardniały, wielkości halerza. Przednia strona moszen pokryta kilkoma ciemno-brunatnymi strupami, między którymi widać płaskie wrzody, pokryte skąpą wydzieliną i kilka delikatnych blizn. Blizny i wrzody są otoczone miernie twardym naciekiem.	Podobno od początku choroby, t. j. od 9 lat, chory nie ma wzwodu (erekcyi) i pomazań nocnych.
2.	1	—	25 lat	1 rok	Napletek lekko obrzękły, pokryty kilkoma bladymi guzkami, wielkości pestki od wiśni, twardymi i wypukłymi. Skóra moszen na swej przedniej powierzchni naciekła, różowo-połyskująca; lewe jądro zanikłe, obydwa przyjądrza zgrubiałe, twarde i guzkami pokryte.	W guzie, wyciętym z napletka, stwierdzono liczne kolonie prątków trądowych. Chory jest ojcem dwuletniego dziecka. Zdolność płciowa od kilku miesięcy zmniejsza się coraz więcej.
3.	1	—	11 lat	1—2 l.	Żołędź prącia jest cokolwiek zniekształtniona, zgrubiała, częścią białawo-szara, a częścią niebieskawa; powierzchnia jej jest nierówna wskutek kilku twardych, mniej lub więcej głęboko tkwiących guzków, wielkości kukurydzy. Na całej obwódce żołędzi znajdują się guzki blado-czerwone, wielkości soczewicy.	Opisane obok zmiany są z r. 1894; 5 lat później (1899) na wzgórku łonowym jeszcze skąpy porost włosów; jądra wielkości orzecha, twarde. Wzwodu brak.
4.	1	—	20 lat	5 lat	Obwódka żołędzi zgrubiała. Na prawo od ujścia cewki moczowej widać lekką wyniosłość; nadto można wyczuć w tkance żołędzi twardy guz, wielkości pestki od wiśni. Prawe jądro cokolwiek powiększone i w dotyku twarde; tak samo i prawe przyjądrze, które nadto okazuje kilka wyniosłości. Lewe przyjądrze jest cokolwiek mniejsze, ale również stwardniałe. Obydwa przyjądrza przy dotyku bolesne.	Chory podobno nigdy nie doznawał wzwodu.
5.	1	—	21 lat	12 lat	Obydwa przyjądrza zgrubiałe, nadmiernie zbite, przy dotyku niebolesne. Lewe przyjądrze nader małe i w okolicy górnego bieguna stwardniałe.	Brak popędu płciow.; brak wzwodu i pomazań nocn.
6.	1	—	28 lat	3 lata	Obydwa jądra zaledwie wielkości orzecha; lewe przyjądrze guzkowato zgrub.	
7.	1	—	21 lat	4—5 l.	Na skórze prącia widać kilka płasko wypukłych, ostro odgraniczonych, bladobrunatnych i twardych guzków, wielkości od ziarna konopnego do ziarna bobu. Zmiany te pochodzą z r. 1895; w r. 1899 nadto stwierdzono: lewe jądro bardzo twarde, nierówne, mające szczególnie na swym dolnym biegunie kilka twardych wyniosłości. Prawe przyjądrze tworzy z jądrem zrośniętą twardą płytę. Prawy przewód nasienny (*vas deferens*) zbity.	

Liczba porządkowa	Trąd guzowaty	Trąd mięszany	wiek chorego	czas trwania choroby	Opis objawów	Uwaga
8.	1	—	30 lat	3 lata	Jądra nadmiernie małe i miękie. Prawe przyjądrze w swej ogonowej części zgrubiałe i stwardniałe.	Chory podaje, że od 4—5 lat cierpi na niemoc płciową.
9.	1	—	23 lat	3 lata	Wzgórze łonowe skąpo włosami porosłe; prącie małe, jądra zaledwie wielkości śliwki, nadmiernie twarde i gładkie.	Chory podaje, że nigdy nie zaznał wzwodu i pomazań nocnych.
10.	1	—	25 lat	7 lat	Wzgórze łonowe skąpo włosami porosłe; prącie nadmiernie małe, jądro zaledwie wielkości wiśni, miękie.	Płciowo nierozwinięty.
11.	1	—	25 lat	8 lat	Jądra nieco większe niż wiśnia; przyjądrza twarde i w dotyku postronkowate.	
12.	1	—	42 lat	10—11 lat	Prawe jądro wielkości jaja gołębiego, twarde; lewe cośkolwiek większe, o prawidłowej zbitości. Lewe przyjądrze zgrubiałe i bardzo zbite.	
13.	—	1	22 lat	9—10 lat	Wzgórze łonowe bardzo skąpo włosami porosłe; prącie małe i cienkie; obydwa jądra zaledwie wielkości orzecha, guzowate, nierówne i bardzo zbite.	Popęd płciowy nierozwinięty.
14.	—	1	24 lat	10 lat	Obydwa jądra małe, zbite, o nierównej cokolwiek powierzchni.	Popęd płciowy nierozwinięty.
15.	1	—	31 lat	9 lat	Prawe jądro jest nadmiernie zgrubiałe w okolicy ogonowej, twarde, ale gładkie.	
16.	—	1	76 lat	2 lata	W lewem przyjądrzu można wyczuć twardy guz wielkości orzecha laskowego	
17.	1	—	20 lat	8—9 l	Jądra małe, twarde; przyjądrza w całości stwardniałe i guzowate.	
18.	1	—	32 lat	2—3 l	Na żołędzi widać bliznę $^1/_2$ ctm. długą, lekko wciągniętą, której podstawą jest bardzo twardy guz miąższowy; otoczenie nieco zwężonego ujścia cewki moczowej jest pokryte blado-różowymi guzkami Przednia powierzchnia moszen lekko zaczerwieniona i naciekła. Obydwa przyjądrza są nierówne, zgrubiałe, twarde i guzowato wzdęte.	
19.	—	1	25 lat	7—8 l.	Jądra wielkości orzecha, miękie; przyjądrza zgrubiałe, zbite i częściowo od jąder oddzielone.	
20.	1	—	32 lat	2—3 l.	Prawe jądro wielkości orzecha, miękie; prawe przyjądrze zgrubiałe w swej części ogonowej i twarde. Lewe jądro wielkości jaja gołębiego, częściowo stwardniałe, o powierzchni gruczołowato nierównej. Stan ten, datujący się od r. 1897, uzupełniony w r. 1899 w następujący sposób: Daleko posunięty zanik obydwóch jąder, w obydwóch zbitych przyjądrach znajdują się bardzo twarde pojedyncze guzy wielkości ziarn kukurydzy.	Od 3 lat brak wzwodu.
21.	1	—	32 lat	2—3 l.	Na obwódce żołędzi widać pojedyncze twarde guzki, wielkości główki od szpilki. Ujście cewki moczowej zwężone, jego otoczenie naciekłe. Lewe przyjądrze lekko zgrubiałe w ogonowej części. W pojedynczych komórkach przybłonkowych z śluzu cewkowego znamienne kolonie prątków. Stan ten datuje się od r. 1896. Na początku r. 1899 stwierdzono przy ujściu cewki moczowej płaski, ale okrągły wrzód, o brzegach ostrych, który po 6 tygodniach dobrze się zabliźnił. Zwężenie ujścia cewki moczowej większe. Oddawanie moczu utrudnione. W ropie wrzodu znaleziono kilkakrotnie prątki trądu.	W r. 1896 zdolność płciowa była znacznie upośledzona. W r. 1899 zupełna niemoc płciowa.
22.	1	—	38 lat	5—6 l.	Obydwa jądra, a szczególniej prawe, zgrubiałe w całości i bardzo zbite.	Blizko od 4 lat żadnego nie ma wzwodu.
23.	1	—	32 lat	7—8 l.	Skóra na przedniej powierzchni moszen silnie naciekła i lekko zaczerwieniona. Przyjądrza zgrubiałe, twarde i częściowo zrosłe z błoną kurczliwą moszen *(tunica dartos)*. Podczas pierwszego badania chorego, pojawia się przy wiotkiem prąciu wypływ nasienia. Drobnowidowe i bakteryologiczne badanie tej wydzieliny wykazuje bezwzględną aspermię i obecność prątków trądu w pojedynczych komórkach nabłonkowych, pochodzących z pęcherzyków nasieniowych i cewki moczowej.	
24.	1	—	40 lat	3—4 l.	Część ogonowa prawego przyjądrza tworzy twardy stożkowaty guz; lewego zaś—guzikowate zgrubienie.	Zdolność płciowa jest podobno utrzymana.
25.	—	1	23 lat	12 lat	Jądra powiększone, bardzo zbite, przy dotyku lekko bolesne. Na przedniej powierzchni moszen jest miejsce naciekłe, w środku którego znajduje się wrzód wielkości centa; w wydzielinie tego wrzodu można wykazać liczne kolonie prątków trądowych.	
26.	—	1	20 lat	3—4 l.	Skóra moszen lekko obrzękła. Obydwa jądra nieco powiększone i przy dotyku bolesne. Przyjądrza w swej części ogonowej guzkowato zgrubiałe i twarde.	
27.	1	—	26 lat	1—2 l.	Na obwódce żołędzi widać kilka guzków matowo-brunatno-czerwonych, o zbitej spójności. Na skórze moszen kilka guzków jasno-brunatnych i płasko-wypukłych, miernie zbitych, wielkości soczewicy. Prawe jądro nieco zanikłe, miękie.	
28.	1	—	55 lat	1 rok	Prawe przyjądrze postronkowato zgrubiałe, twarde i gładkie.	

Liczba porządkowa	Trąd guzowaty	Trąd mięszany	wiek chorego	czas trwania choroby	Opis objawów	Uwaga
29.	1	—	28 lat	6—7 l.	W głębi żołędzi wybadać można kilka zbitych miejsc. Obwódka żołędzi lekko naciekła. Na nieco naciekłej skórze moszen widać kilka brodawkowatych guzków wielkości soczewicy. Jądra zaledwie wielkości jaja gołębiego. Lewe przyjądrze tworzy w części swej ogonowej zbity guz wielkości pestki od wiśni; prawe przyjądrze jest w całej swej długości nader zgrubiałe i twarde.	
30.	1	—	32 lat	5—6 l.	Jądra zaledwie wielkości jaja gołębiego, miękie. Lewe przyjądrze w swej części główowej zgrubiałe i bardzo zbite.	
31.	1	—	36 lat	1—2 l.	W części głowowej lewego przyjądrza można wybadać twardy guz, okrągławy, wielkości kukurydzy.	
32.	1	—	23 lat	1—2 l.	Na trzonie i obwódce żołędzi znajduje się kilka guzków od wielkości główki od szpilki do wielkości soczewicy, barwy czerwonawej, matowo połyskującej. Dno moszen miernie obrzękłe, lekko zaczerwienione; skóra moszen pokryta kilkoma półkulistymi guzami wielkości kukurydzy. Prawe przyjądrze w swej części ogonowej guzikowato zgrubiałe, twarde i gładkie.	
33.	1	—	50 lat	—	Na skórze prącia i moszen widać kilka zbitych guzków blado różowych, wielkości soczewicy. Na żołędzi, a szczególnie na jej obwódce, znajduje się kilka lekko ponad powierzchnię wystających guzków, ostro odgraniczonych.	
34.	1	—	35 lat	5 lat	Na skórze prącia i na żołędzi kilka matowo-różowych, zbitych guzków, wielkości główki od szpilki. Takież same żółtawo-brunatne wyniosłości, wielkości soczewicy, znachodzą się na skórze moszen. Prawe jądro zaledwie wielkości jaja gołębiego, miękie.	
35.	1	—	51 lat	8—10 lat	W lewem przyjądrzu można wymacać guz zbity, wielkości bobu.	
36.	—	1	40 lat	12 lat	W lewem przyjądrzu znajduje się guz zbity, wielkości bobu.	Od kilku lat brak wzwodu
37.	1	—	12 lat	4 lata	Narząd płciowy odpowiada, ze względu na swój rozwój, narządowi 6—7 letniego dziecka. Napletek cokolwiek obrzękły, lekko naciekły.	
38.	1	—	55 lat	6—7 l.	Wolny brzeg napletka wyścielony jest licznymi bardzo twardymi guzkami. wielkości soczewicy, wskutek czego cały napletek stulejkowaty. Niektóre z tych guzków są owrzodziałe, a w ich wydzielinie napotkać można prątki Hansena w wielkiej ilości. Na przedniej powierzchni moszen zauważyć można gromadę ograniczonych guzków wielkości grochu. Prawe jądro nieco zmniejszone, miękie. W obydwóch jądrach i w przyjądrzach wyczuwa się kilka zbitych wyniosłości.	
39.	1	—	36 lat	8 lat	Prącie małe. Na grzbiecie napletka gromada drobnych, zbitych guzków, lekko wystających. Obwódka żołędzi zajęta przez kilka odosobnionych, blado-czerwonych guzków, wieńcowato ułożonych. Na szczycie żołędzi, jakby ściętej, znajduje się płaska, kolista blizna. Ujście cewki moczowej w wysokim stopniu zwężone. W niektórych komórkach przybłonkowych, pochodzących z śluzu cewkowego, widać kolonie prątków trądu. Dno moszen na przestrzeni guldena wybitnie naciekłe. Jądra są pokryte licznemi guzkami wielkości kukurydzy. Przyjądrza wielkości orzecha laskowego, twarde i przy dotyku lekko bolesne.	Od 6—7 lat brak zdolności płciowych.
40.	1	—	65 lat	2 lata	Narząd płciowy nie przedstawia zmian chorobowych.	
41.	1	—	18 lat	6—7 l.	Na częściach rodnych nie można wykazać nic chorobowego.	
42.	—	1	15 lat	4—5 l.	Prącie jest zaledwie grubości małego palca, jądra wielkości orzechów, twarde i gładkie. Na wzgórku łonowym zupełny brak porostu włosów.	
43.	1	—	26 lat	8 lat	Wierzchołek żołędzi rozszerzony i pokryty kilkoma małymi, bladymi guzkami. Skóra na dnie moszen lekko naciekła. Część ogonowa obydwóch przyjądrzy guzkowato zgrubiała.	Chory nie doznawał nigdy wzwodu prącia.
44.	—	1	21 lat	6 lat	Wzgórek łonowy skąpo włosami pokryty. Na żołędzi, na jej obwódce i w okolicy ujścia cewki moczowej jest kilka ostro odgraniczonych, zbitych guzków, wielkości soczewicy. Cała skóra moszen naciekła i pokryta na swej przedniej powierzchni półkulistymi żółtawo-czerwonymi guzkami, wielkości kukurydzy.	Zupełna niezdolność płciowa.

Z tych 44 chorych, 42 (tj. 95·5%) miało narząd płciowy zajęty trądem. Ponieważ brak nam ścisłej podstawy do twierdzenia, jakoby sprawa trądowa w naszych okolicach częściej, aniżeli gdzieindziej, zajmowała narząd płciowy, przeto na zasadzie wyników naszych spostrzeżeń wydaje nam się słusznem twierdzenie, że n a r z ą d m o c z o - p ł c i o w y u m ę ż c z y z n w p r z e b i e g u t r ą d u g u z o w a t e g o i g u z o w a t o - z n i e c z u l n e g o p r a w i e z a w s z e b y w a c h o r o b o w o z m i e n i o n y. Okres wystąpienia tych zmian chorobowych na rzeczonym narządzie wyjaśnia nam poniekąd następujące zestawienie:

Z naszych chorych było 2 w pierwszym, a 7 w drugim roku choroby; 11 było cierpiących już od 2—5 lat, powyżej zaś 5 lat było 24 chorych; między 9 chorymi, dotkniętymi mniej niż przez 2 lata sprawą trądową, był tylko jeden, którego narząd rodny nie okazywał żadnych uchwytnych zmian klinicznych, zaś między pozostałymi 35 chorymi, których cierpienie dłużej trwało, znajdował się również tylko jeden,

którego części płciowe były w zupełności prawidłowe. Z tego, a szczególniej z pierwszej gromady naszych chorych, możemy wyciągnąć wniosek, że zmiany chorobowe narządu rodnego zwykły już wcześnie występować. A wniosek ten będzie tem słuszniejszy, jeśli weźmiemy pod uwagę częstość niezupełnego rozwoju całego narządu płciowego, a w szczególności jąder, stwierdzaną u chorych, których cierpienie sięga czasu jeszcze przed okresem dojrzewania płciowego, następnie jeśli uwzględnimy wyraźne, a wczesne wystąpienie niezdolności spółkowania u chorych, dotkniętych trądem, ale pod względem płciowym dojrzałych. Przy tem wszystkiem trzeba także pamiętać, że istnieją przypadki wyjątkowe, które nawet po kilku latach nie okazują — przynajmniej klinicznie, — chorobowo zmienionego narządu rodnego.

Częstość zmian chorobowych w poszczególnych okolicach dotyczącego narządu okazują następujące liczby:

Wzgórek łonowy był zajęty	. . 6 razy,	względnie	13·6%
prącie „ „	. . 28 „	„	63·6 „
moszna „ „	. . 14 „	„	31·8 „
jądra „ „	. . 24 „	„	54·5 „
przyjądrze „ „	. . 29 „	„	65·9 „
przewód nasienny „ „	. . 1 „	„	2·3 „

Najczęściej więc (blizko 66%) były zajęte przyjądrza, przyczem nadmienić wypada, że obydwa przyjądrza częściej (16 razy) były chorobowo zmienione, aniżeli jedno (13 razy); z ostatnich zaś przypada na stronę lewą 8 razy, na prawą 5.—

Również prącie często bywało zajęte, a manowicie 63·6% chorych — z czego najczęściej (13 razy tj. 29·5%) żołędź była siedzibą zmian chorobowych. Objaw ten tem bardziej zasługuje na uwagę, ponieważ tak doświadczony leprolog, jak Hansen, oświadczył jeszcze w r. 1894, że aż do tego czasu nie miał ani jednego chorego trędowatego, u którego by mógł stwierdzić na żołędzi swoiste zmiany chorobowe. Na napletku znaleziono 4 razy objawy trądu; w okolicy ujścia cewki moczowej również 4 razy, na skórze prącia 3 razy, a na prąciu w całości 5 razy. Z szczególnym naciskiem zaznaczyć wreszcie należy, że zmiany trądowe, usadowione około ujścia cewki moczowej, nie były jeszcze dotychczas opisywane. —

Na 3. miejscu stoją jądra, które były chorobowo zmienione w 54·5% przypadków; tu również okazuje się, że obustronnie choroba częściej występowała (17 razy), aniżeli po jednej stronie (7 razy). Wielkie znaczenie, jakie mają zmiany trądowe jąder i przyjądrza przy roztrząsaniu sprawy, odnoszącej się do sposobu rozszerzania się omawianego cierpienia zmusza nas przedewszystkiem do docieczenia i do dowiedzenia się, jak często w ogóle znaleziono wzmiankowane narządy chorobowo zajęte? Nasze spostrzeżenia wykazały na 44 chorych 38 razy t. j. w 86·4% przypadków. Na razie ograniczamy się jedynie na zaznaczeniu powyższego faktu, zastrzegając sobie jednak wysnucie wniosków przy omawianiu jakości zmian chorobowych jądra i przyjądrza. Celem uzupełnienia całości dodać jeszcze należy, że u 15 chorych na trąd jądra i przyjądrza były równocześnie zajęte; u 14 tylko przyjądrza, a u 9 wreszcie tylko jądra.

Rzadziej już były trądowo zmienione moszna (31·8%) i wzgórek łonowy (13·6%); w jednym tylko przypadku (2·3%) znaleziono także przewód nasienny dotknięty trądem.

(Dokończenie nastąpi.)

II. Z kliniki prof. Dra Neussera.

Przyczynek do kazuistyki syringomyelii.

Podał
Dr. M. Olejnik (Wiedeń).

(Dokończenie).

Choroba Morvana.

Lekarz francuski Morvan w r. 1883 opisał pod nazwą „Parésie analgésique à panaris des extrémités supérieures“ chorobę, która polegała na zanikach mięśni pięści i przedramienia z upośledzeniem czucia bólu i bezboleśnemi zanogcicami palców. Obok braku bólu występuje upośledzenie czucia dotyku; kończyny dolne zwyczajnie bywają wolne. Zdaje się, że Morvan nie znał przypadków Kahlera-Schultzego. W roku 1886 opisuje Morvan dalsze spostrzeżenia; między tymi przypadkami są takie, gdzie górują zmiany w stawach, zwichnięcia, złamania, skrzywienia kręgosłupa. Prouff broni odrębności choroby Morvana od syringomyelii. Kahler jednak, uwzględniwszy zmiany odżywcze, nie widzi żadnej różnicy między chorobą Morvana a syringomyelią. Przeciw temu identyfikowaniu obu spraw występuje Morvan i dodaje, że przy „paréso-analgésie“ obok zmian odżywczych jest czucie dotyku znacznie upośledzone, czego przy zwykłej syringomyelii niema. Charcot jednak, na podstawie preparatów anatomicznych Joffroya, oświadcza się za tem, że obie sprawy chorobowe mają jednę i tę samą podstawę anatomiczną. W obu chorobach mamy wspólne cechy, jak upośledzenie czucia bólu i ciepłoty, a w późniejszych okresach i zmiany w czuciu dotyku. Objawy odżywcze są dla obu chorób wspólne, także i wiek przemawia za wspólnością. Dejérine uważał chorobę Morvana za zapalenie nerwów z nieznanej przyczyny, które miało powodować zmiany odżywcze. Wprawdzie napotykamy zgrubienie nerwów ruchowych, jednak Hoffmann w 12 przypadkach ze zmianami odżywczemi znalazł zawsze zajęcie rogów tylnych, a tylko rzadko zmiany w nerwach obwodowych. Zmiany odżywcze są zatem następstwem gliozy w rogach tylnych. Uwzględnić trzeba także, że w kończynie, dotkniętej zmianami czucia, już drobne przyczyny wywołują zmiany chorobowe, jak np. owrzodzenia, które mogą po dłuższym czasie prowadzić do zmian zapalnych w nerwach obwodowych.

Wywód choroby. Co jest przyczyną powstawania jam w rdzeniu? Dotychczas mamy dwa sprzeczne zdania: Leydena-Virchowa i Simona-Schultzego. Leyden uważa syringomyelię za hidromyelię. Sprawa chorobowa w przeważnej liczbie przypadków rozwija się naokoło rozszerzonego przewodu środkowego w postaci przewlekłego zapalenia. Przewód środkowy sięga w czasie rozwoju do tylnej części rdzenia. Z czasem przez rozwój sznurów tylnych mogą nastąpić odsznurowania, tworząc osobne przewody. Tkanka w otoczeniu takiego przewodu buja, wywołuje ucisk na tkankę nerwową. Z czasem może być ten przewód wypełniony tkanką nowotworową, która rozpada się i tworzy nowe przewody. Simon rozróżnia hidromyelię od syringomyelii, t. j. od jam, które powstały wskutek rozpadu tkanki nowotworowej. Schultze uważa okolicę przewodu za punkt wyjścia, dodaje jednak, że hidromyelia nie jest konieczną,

że tkanka nowotworowa może wyjść ze ściany prawidłowego kanału środkowego lub z któregokolwiek miejsca rdzenia pacierzowego. Leyden i Schultze uważają zatem okolicę przewodu środkowego za ulubione miejsce, skąd sprawa bierze początek; w tem tylko zachodzi różnica, że Leyden uważa hidromyelię za konieczną i nie zgadza się na to, jakoby sprawa była nowotworowa. Hoffmann, na podstawie swoich preparatów, zgadza się z Leydenem o tyle, że rzeczywiście okolica przewodu środkowego, a szczególnie ściana tylna, jest początkiem wyjścia sprawy chorobowej. Przypuszcza, że w tej okolicy pozostały resztki tkanki zarodkowej, które bujają i rozszerzają się przedewszystkiem w istocie szarej rogów tylnych; tkanka ta pozostaje niezmieniona, albo rozpada się z powodu następowej zmiany w naczyniach, mianowicie zgrubienia i zarośnięcia (obliteracyi) naczyń i tworzy jamy. Że przewody boczne nie są rozszerzeniem środkowego, świadczy o tem, że w ścianach nie napotykamy przybłonka, że dają się widzieć gniazda, które w środku rozpadają się bez połączenia z przewodem środkowym. Przeciwko twierdzeniu, że glioza może wychodzić z każdego miejsca rdzenia, występuje Hoffmann, który na przekroju w każdym przypadku zauważył, że początek gliozy daje okolica spoidła tylnego.

Co daje pochop do bujania tej tkanki, niewiadomo; może uraz, krwotok, jak to ma miejsce przy nowotworach mózgu. Hoffmann stara się odróżnić gliozę od gliomatozy. Nowotwór dobrotliwy, biorący początek z tkanki zarodkowej, t. j. glioza, która rozszerza się wzdłuż i w poprzek, w miejscach najmniejszego oporu, powoli postępuje naprzód, a w końcu prowadzi do rozpadu i do wytworzenia jam. Gliomatoza zdaje się być nowotworem przybłonkowym, rozrasta się szybko i prowadzi do ucisku tkanki nerwowej.

Schlesinger nie widzi różnicy między hidro- i syringomyelią. Jamy w jego przypadkach noszą zawsze na sobie cechę hidromyelii, gdyż ściany są wyścielone bodaj w części przybłonkiem. Przypuszcza zatem, że przynajmniej w części rdzenia pacierzowego jest rozszerzenie przewodu środkowego powodem bujania tkanki podścieliskowej. Bujanie tkanki nowotworowej bierze początek w przybłonku przewodu środkowego, albo dalej od środka, naprzykład w rogach tylnych od gniazd przybłonkowych preformowanych. Że i zmiany w naczyniach przyczyniają się do wytworzenia jam, możemy wnioskować ze zmian hyalinowych w ścianach naczyniowych, co przyczynia się do zmian w krążeniu i następowego obumarcia (Redlich).

Joffroy i Achard przyjmują, że mamy do czynienia ze sprawą zapalną przewlekłą, która powoduje zmiany naczyń w istocie szarej. Po zamknięciu naczyń tworzą się gniazda obumarłe (nekrotyczne), które ulegają wessaniu i tym sposobem wytwarzają się jamy (*Myelite cavitaire*). Że zmiany naczyń wielką rolę muszą grać w powstawaniu tak tkanki samej, jak i jam, powstałych z rozpadu tej tkanki, widać ztąd, że takie zmiany napotkano nietylko w zakończeniach naczyń w tętnicach końcowych istoty szarej, ale i w obwodowych naczyniach. Ztąd przyjąć trzeba, że syringomyelia może mieć rozmaite podstawy, a mianowicie: 1) hidromyelię 2) gliozę pierwotną z hidromyelią lub bez hidromyelii 3) gliomatozę, nowotwór w ścisłem słowa tego znaczeniu 4) może krwotoki w istocie szarej (przypadek, spostrzegany po napisaniu tej pracy, gdzie po typowym napadzie udarowym występują typowe zmiany syringomyelii).

Dalsze przypadki spostrzegane częścią w klinice, częścią w praktyce prywatnej, są następujące:

IV. D. M. 1/9 1897. Lat 48. (*spostrzeżenie własne*). Obecna choroba datuje się od czterech lat. Chora uczuła rwące bóle w kończynie górnej prawej, od czasu do czasu występowało pieczenie; w porze zimniejszej doznawała uczucia chłodu i, aby to uczucie złagodzić, można ją było widzieć często, jak tę rękę rozgrzewała. Takie same rwące bóle wystąpiły w dolnej kończynie prawej. Chora bardzo wrażliwa na zimno i to uczucie chłodu po stronie prawej ciała szczególnie jej dokuczało. Od roku zauważyła pewnego stopnia osłabienie w prawej kończynie górnej. Od jakich 8 miesięcy nie może dobrze wyprostować palców 4. i 5. ręki prawej — dopomaga sobie w ten sposób, że kładzie rękę chorą na stole, przyciskając drugą ręką i wyprostowywa palce, jednakowoż wracają one rychło do dawnego położenia. Od kilku miesięcy czuje osłabienie w nodze prawej; noga ta jest „niepewną“ i „przegina się“. Od czasu ustania miesiączki występują napady podobne do padaczki. Chora blednie, traci przytomność, bez śladu drgawek. Napad taki trwa parę sekund, źrenice są miernie szerokie, kurczów w mięśniach nie widać żadnych. Bólu głowy, osłabienia pamięci chora nie ma. Oddawanie stolca i moczu nieupośledzone. Kiły nie przebywała.

Stan obecny. Badana jest dobrze odżywiona i zbudowana. Chodzi pochylona. Chód wyraźnie kurczowo porażenny, przyczem słychać suwanie po podłodze kończyną dolną prawą.

W części kręgosłupa szyjnej dolnej i górnej piersiowej łukowate wygięcie w tył, co powoduje zgarbienie się. Bark prawy lekko obwisły. Mięsień kapturowy prawy w porównaniu z lewym jest cieńszy, zanikły; pomimo grubego pokładu tłuszczu wyczuć można drgania włókienkowe. Przedramię prawe wychudłe, cieńsze od lewego, szczególnie pokład mięśni wyprostnych jest ścieńczały. Przestrzenie międzykostne śródręcza są lekko zapadłe, szczególniej wyraźnie zaznaczony przestwór między palcem I i II. Mięśnie międzykostne, brzusiec i przeciwbrzusiec dłoni, — zanikłe. Ręki prawej chora wyprostować nie może. Cechujące ustawienie ręki (*main en griffe*). Siła mięśniowa w tej kończynie wyraźnie zmniejszona. Kończyna górna lewa jest bez zmiany; kończyna dolna prawa lekko przykurczona. Ruchy czynne i bierne swobodne. Łydka tej strony jest cieńsza od lewej, siła mięśniowa w tej kończynie zmniejszona. Odruchy ścięgniste w prawej kończynie górnej lekko wzmożone, odruch kolanowy prawy bardzo wzmożony. Kończyna cała drga; oprócz tego występują przy podrażnieniu silnym prądem elektrycznym (przerywanym) ruchy wahadłowe w stawie skokowym, które trwają dwie — trzy minuty, a kończą się w palcu dużym ruchami, podobnymi jak przy atetozie. Odruchy skórne prawidłowe.

Badanie czucia wykazuje: lekkie upośledzenie czucia dotyku w zakresie zaniku mięśniowego na prawej kończynie górnej i na kończynie dolnej tej samej strony w zakresie n. strzałkowego (*peroneus*). Upośledzenie czucia ciepłoty na obu kończynach strony prawej. Na górnej kończynie prawej sięga ono do połowy przedramienia, na dolnej zajmuje całą stopę prawą i okolicę n. strzałkowego. Upośledzenie czucia zimna jest większe. Chora łatwiej rozpoznaje przedmioty ciepłe od zimnych. Czucie bólu jest upośledzone w zakresie bólu ciepłoty. Czucie mięśniowe zupełnie prawidłowe. Ze strony nerwów mózgowych żadnych zmian nie zauważono.

Badanie powtórne 10/X 1899. Badana więcej przykurczona wskutek większego wygięcia kręgosłupa; ze strony oczu zmian żadnych. Przedramię prawe jest bardziej wychudłe, szczególnie po stronie wyprostnej; mięśnie małe ręki bardziej zanikłe z objawami drgania włókienkowego. „*Main en griffe*“ jeszcze w wyraźniejszym stopniu. Kończyna dolna prawa lekko zgięta, przy ruchach biernych lekkie stężenie mięśniowe.

Odruchy ścięgniste bardzo wzmożone w kończynie dolnej prawej, odruch skokowy i ścięgna Achillesa bardzo wybitne.

Badanie czucia wykazuje: upośledzenie czucia ciepłoty i bólu posunęło się w górę w kończynie dolnej prawej do połowy uda, szczególnie po stronie zewnętrznej. W ramieniu sięga upośledzenie czucia na jaką dłoń ponad prawym stawem łokciowym. W okolicy grzebienia łopatki w dół na szerokość dwóch dłoni upośledzenie czucia ciepłoty. W okolicy prawego m. piersiowego, który jest także lekko zanikły, wyraźne upośledzenie czucia bólu i ciepłoty.

W przebiegu siódmego żebra znajdują się pęcherzyki, które ciągną się rzędem od tylnej linii pachowej do linii sutkowej prawej i powodują lekkie pieczenie (półpasiec).

Z objawów podmiotowych zaznaczyć wypada bóle rwące w ramieniu prawem i kończynie dolnej prawej. Bóle te na zimnie są wybitniejsze.

Chora przy badaniu prądem elektrycznym nie czuje pieczenia, ani bólu w zakresie mięśni zanikłych. Trzeba dopiero bardzo silnego prądu, aby wywołać skurcz mięśni wyprostnych.

Syringomyelia: zaniki mięśniowe, upośledzenie czucia bólu i ciepłoty, chód niedowładny, podwyższenie odruchów ścięgnistych, półpasiec, skrzywienie kręgosłupa, napady mniejsze padaczki (*petit mal*).

V. J. H. R. 5/VI 95. Lat 49 (*spostrzeżenie własne*). Wywiady. Kończyny górne od 4 tygodni wyszczuplały, bóle rwące wzdłuż przedramienia. Chód niepewny, stanie na jednej nodze niemożliwe. Od pewnego czasu chory musi przeć na mocz, niekiedy mocz odchodzi bezwiednie. W roku 1893 we wrześniu pojawiło się po użyciu środków przeczyszczających rozwolnienie, trwające kilka tygodni. Niekiedy kał odchodził bezwiednie. Bóle w kończynach dolnych zwiększyły się; od czasu do czasu występuje uczucie trętwienia w podeszwach.

Stan obecny: Źrenica lewa zwężona, szpara powiekowa węższa, twarz po tej stronie lekko zapadła. W języku po tej stronie mięśnie ścieńczałe, wyraźne drgania włókienkowe. Na przedniej ścianie klatki piersiowej żadnych zaników, oprócz lekkiego zaniku lewego m. piersiowego. Na górnej kończynie lewej zanikła część m. naramiennego. Dalsze zaniki mięśniowe ograniczają się do m. m. obłego, najszerszego grzbietu strony lewej. Wskutek tego chory nie może podnieść dobrze ramion, łopatki odstają, są więcej ku przodowi wysunięte. Skrzywienie kręgosłupa wyraźne w stronę lewą. Mięśnie: dwugłowy i trójgłowy po stronie lewej lekko zanikłe. Na dłoni lewej wyraźnie ścieńczały brzusiec dłoniowy. Lewa łydka cieńsza. Badanie elektryczne wykazuje wyraźny odczyn zwyrodnienia, szczególnie w m. m. dwugłowym i trójgłowym.

Odruchy ścięgniste: kolanowy po stronie prawej wzmożony; obok tego drgania stopowe po stronie lewej, również odruch kolanowy jest wzmożony. Odruchy skórne utrzymane, okostnowe wzmożone.

Czucie dotyku nie zmienione. Upośledzenie czucia bólu występuje więcej po stronie opuszki palca I. po stronie prawej, niż po lewej. Czucie ciepłoty częściowo zniesione w okolicy upośledzenia na ból. Przy zamkniętych oczach występuje wyraźny objaw Romberga.

Powtórne badanie 11/X 1898: Od dwóch lat chory nie może rozróżnić zimna od ciepła w kończynach dolnych, przyczem skóra w ostatnich czasach poczęła się łuszczyć. Zaniki mięśniowe postąpiły znacznie. Część prawa języka lekko zanikła. M. naramienny po stronie prawej wyraźnie ścieńczały. W lewej ręce zanikły m. m. międzykostne. W części lędźwiowej skrzywienie kręgosłupa ku przodowi (*lordosis*), w części piersiowej skrzywienie boczne lewostronne. Kończyna dolna lewa w okolicy łydki — wyraźnie ścieńczała.

Zmiany w czuciu ciepłoty postąpiły w górę i sięgają na kończynach górnych do połowy przedramion, zajmują kończyny dolne, cały brzuch do wysokości sutek. Znaczniejsze upośledzenie w obwodowych częściach kończyn. Okolice obu stóp są miejscem wybitnych zmian w czuciu, przytem występuje podmiotowe uczucie zimna. Po stronie lewej, poniżej łopatki, chory ma uczucie pasa szerokości dłoni. Chód kurczowo porażenny, przy zamknięciu ócz chory się chwieje. W kończynach górnych wyraźny niedowład. Ze zmian naczynioruchowych widoczne jest zaczerwienienie ucha po stronie prawej i pocenie się twarzy, które utrzymuje się nawet w porze zimowej. Zmiany ze strony pęcherza utrzymują się stale. W okolicy prawego krętarza powstają pęcherzyki, które pękają, szybko się rozpadają i tworzą dużą, niebolesną odleżynę. Takie same pęcherzyki powstają w okolicy obu sutek i na przedramieniu prawem.

Syringomyelia: objawy ze strony oczu, zaniki mięśniowe, upośledzenie czucia bólu i ciepłoty, skrzywienie kręgosłupa, objawy niedowładu kończyn, zmiany naczynio-ruchowe i odżywcze, odleżyna.

VI. A. W. 30/VIII 1897. Chory dziedzicznie nie obciążony. W r. 1881 przebył ospę, w 1885 — zapalenie płuc. Przed dwoma laty rozpoczęły się bóle rwące w kończynie górnej, do tego przyłączyło się osłabienie i pocenie się w zakresie tejże kończyny. Wychudnienie kończyn górnych i upośledzenie siły mięśniowej w kończynach górnych jest tak znaczne, że chory sam ubrać się nie może. Upośledzenia ze strony pęcherza i odbytnicy niema.

Stan obecny: Kończyny górne: Zanik m. dwugłowego po obu stronach, dalej m. trójgłowego, odwracającego rękę, zginacza, m. m. międzykostnych i glistowatych, brzuśca i przeciwbrzuśca dłoni; zaniki po stronie lewej są znaczniejsze, niż po prawej. W górze m. m. naramienne, nad- i podgrzebieniowe zanikłe.

Czucie ciepłoty i bólu w obu ramionach zniesione. Upośledzenie czucia ciepła jest znaczniejsze, niż zimna. Odruchy skórne w kończynie górnej — prawidłowe. Odruchy ścięgniste po obu stronach wzmożone. Odruch brzuszny i mosznowy — wzmożony. Mięśnie zanikłe dają wyraźny odczyn zwyrodnienia.

Syringomyelia: Zaniki mięśniowe, wyraźny odczyn zwyrodnienia, upośledzenie czucia ciepłoty i bólu, wzmożenie odruchów ścięgnistych.

VII. A. P. 5/II 1896. Jeden z braci cierpi na wodogłowie. Badany przebył w dzieciństwie krzywicę i płonicę. Od r. 1881 cierpi na czkawkę. Od tego czasu datuje się także brak czucia w lewej połowie ciała. Obecnie chory cierpi na zawroty głowy, na bóle w krzyżach i na połowicze trętwienie po stronie lewej. Kończyna górna lewa wydaje mu się jakby była w rękawiczce.

Stan obecny. 7/II 1896. Wymiary głowy wyraźnie większe; przedstawia ona czaszkę krzywiczą. Fałd policzkowy prawy wyrównany, mięśnie po tej stronie okazują wyraźne drgania włókienkowe. Język zbacza w prawo, mowa z lekkim odcieniem nosowym. Dno oka prawidłowe. W krtani badanie wziernikowe wykazuje porażenie lewego więzadła głosowego. Siła mięśniowa w lewem ramieniu zniesiona. Oprócz tego daje się wykazać w mięśniach pewnego stopnia stężenie. Zaniki mięśniowe ograniczają się do brzuśca i przeciwbrzuśca dłoni w ręce prawej; m. m. obły i kapturowy, również po stronie prawej, wyraźnie ścieńczałe. Połykanie jest nieco upośledzone.

Kończyny dolne: przy ruchach biernych wyczuć można w kończynach dolnych lekki opór i pewne osłabienie mięśniowe, szczególnie po stronie prawej. Czucie ciepłoty i bólu zniesione w zakresie średniej gałęzi nerwu twarzowego po stronie lewej; tak samo w lewej łopatce. Odruchy skórne i ścięgniste zwiększone. Odruch stopowy po stronie prawej wyraźny. Stereognostyczny zmysł zniesiony. Czucie dotyku nie upośledzone.

Syringomyelia: zajęcie nerwu twarzowego, porażenie n. wstecznego, objawy kurczowe po stronie lewej, zaniki mięśniowe, zniesienie czucia bólu i ciepłoty, odruch stopowy zwiększony, stereognostyczny zmysł zniesiony.

VIII. J. M. 5/VII 1897. Lat 41, budnik. Dziedzicznie nie obciążony. W 15 r. życia przebył dur brzuszny, w 20 r. — ospę. Obecna choroba datuje się od r. 1894. Chory doznaje od tego czasu uczucia trętwienia w okolicy pośladków; niezależnie od spożytych pokarmów występują często nudności. Przed dwoma laty uczuł osłabienie w kończynie dolnej lewej; po kilku miesiącach przyłączyło się osłabienie siły mięśniowej w dolnej kończynie prawej. Podczas niepogody występuje ból podobny do gośćcowego. Odtąd chód chorego jest niepewny. Od roku wystąpiło podwójne widzenie, zawroty głowy, szczególnie rano. Przy oddawaniu moczu chory musi przeć, mocz odchodzi czasem bezwiednie. Chory okazuje znaczne wychudnienie. Źrenice zwężone, leniwo oddziaływują na światło. Porażenie n. wstecznego prawego.

Stan obecny: Język zbacza lekko w prawo; po stronie lewej mięśnie języka są nieco zanikłe, przyczem okazują wyraźne drgania włókienkowe. Upośledzenie smaku po obu stronach. Czucie dotyku upośledzone w zakresie pasa wielkości dwóch dłoni poniżej obojczyków, w lewem nadbrzuszu, w całej kończynie dolnej prawej, w lewej — od wysokości rzepki w dół, w lewem przedramieniu i w pośladkach. Uczucie bólu nieupośledzone, ale chory źle lokalizuje. Uczucie ciepłoty zniesione w obu podudziach, więcej w prawem, niż w lewem. Zaniku mięśni niema. Odruchy ścięgniste w kończynach górnych upośledzone. Odruch kolanowy po stronie prawej zniesiony; odruch brzuszny po stronie prawej wzmożony, po lewej brak odruchu. Lewy odruch mosznowy wybitny, prawy wzmożony, chód niezborny, objaw Romberga wyraźny.

Syringomyelia: kurcze żołądkowe (*crises gastriques*), typ uwiądowy, zanik języka, upośledzenie czucia dotyku i ciepłoty, odruchy częścią wzmożone, objaw Romberga.

IX. W. P. 5/II. 1898. W rodzinie żadnych zboczeń nerwowych nie ma. Chory przebył w 19 r. ż. grypę. Od listopada przeszłego roku datuje się osłabienie w lewej kończynie górnej. Osłabienie to w ciągu 14 dni pogorszyło się tak znacznie, że chory palcami nie mógł utrzymać nawet lekkich przedmiotów. W grudniu 1897 występuje osłabienie w kończynie lewej dolnej. W ręce prawej występują rwące bóle i uczucie pieczenia. Podczas zimna bóle się zwiększają. Chory poci się, nawet w zimnie, więcej po stronie lewej, niż po prawej.

Stan obecny. Po stronie lewej wyraźny zanik mięśni śródręcza, międzykostnych, dalej zaniki mięśni wyprostnych, chory nie może dobrze zgiąć palców. Zbliżenie palca I do ostatniego niemożliwe. Kończyny dolne: osłabienie siły mięśniowej znaczniejsze po stronie lewej, niż po prawej; kończyna wyraźnie cieńsza. Odruchy ścięgniste w kończynach dolnych wzmożone. Czucie ciepłoty po części zniesione i to więcej w zakresie ramienia górnego, niż w kończynie prawej dolnej. Czucie bólu zniesione więcej w dolnych kończynach, szczególnie po stronie wewnętrznej; po stronie lewej więcej, niż po prawej. Czucie dotyku upośledzone w zakresie nerwu łokciowego strony lewej.

Syringomyelia: zmiany zanikowe mięśni, upośledzenie czucia dotyku, bólu i ciepłoty.

X. W. O. 3/III 1897. Lat 37. Przed 6 laty badany upadł na kolano lewe i kilka miesięcy czuł dotkliwy ból w tem miejscu. Do tego przyłączyły się bóle rwące w ramieniu górnem tej samej strony. Od dwóch lat czuje on osłabienie w dolnej kończynie lewej, wskutek czego chód chorego stał się niepewnym. Od tego czasu mniej więcej datuje się upośledzenie siły mięśniowej w ramieniu lewem. Lewa kończyna górna sinawa i zimniejsza. Osłabienie prawej kończyny dolnej datuje się od roku. Od roku też wystąpiło parcie na mocz.

Stan obecny. Zaniki mięśni występują: w łopatce prawej wyraźnie ścieńczały m. kapturowy, łopatka wskutek tego niżej ustawiona, niż po stronie lewej. M. najszerszy grzbietu po stronie lewej słabszy, niż po prawej. Lewe przedramię o jeden ctm. cieńsze od prawego. Upośledzenie siły mechanicznej odpowiada zanikowi mięśni. Zanik mięśni postępuje w dół, zajmuje mięśnie proste brzucha, oraz mięśnie grzbietu. Kończyna dolna lewa o 2 ctm. cieńsza od prawej. Siła mięśni po stronie lewej mniejsza od strony prawej, szczególnie łydka lewa zanikła, a obok tego przy ruchach biernych wyczuć można pewne stężenie. Chód chorego kurczowo-porażenny. Odruchy kolanowe, stopowe w kończynach dolnych znacznie wzmożone.

Badanie czucia wykazuje: czucie dotyku prawidłowe, czucie bólu nieupośledzone, natomiast w stopie prawej, szczególnie w palcach, lekkie upośledzenie czucia ciepłoty.

XI. A. J. 1/VIII 1898. Lat 50. Dziedzicznie nie obciążony. W r. 1886 przebył zimnicę. Podczas służby wojskowej nabawił się kiły. Przed $2^1/_2$ laty wystąpiły po spożyciu pokarmów wymioty, połączone z bólem w okolicy nadpępkowej. Wymioty te trwały 6 dni i powtarzały się co 3 lub 4 miesiące, w międzyczasie chory był zupełnie zdrów, oprócz pewnego osłabienia po takich kurczach żołądkowych, co trwało w ciągu 2 lub 3 dni. Bólu głowy chory nie doświadczał. Zawroty głowy trwały zwyczajnie kilka minut i to następowały w postawie pionowej. Upośledzenie pamięci nieznaczne, datuje się od kilku miesięcy. W części piersiowej czucie pasa. W dolnych kończynach występuje od czasu do czasu mrówienie. Mocz czasami odchodzi mimowoli kroplami, szczególnie w nocy. Przy oddawaniu moczu ma chory uczucie pieczenia w cewce moczowej. Zaparcie stolca trwa czasami kilka dni. W górnych kończynach ma chory rwące bóle, w palcach uczucie trętwienia. W kończynach dolnych bóle są tak silne, że chory określa je, „jakby go ciął nożem“.

Stan układu nerwowego: Źrenice słabo działają na światło. Przy akomodacyi zbieżnej oddziaływanie dobre. Powonienie nieco upośledzone. Chód wyraźnie sztywny. Czucie dotyku upośledzone w kończynach dolnych, szczególnie w obwodowych częściach, chory nie odróżnia ostrza szpilki od główki. Czucie mięśniowe nie upośledzone. Odruchy skórne i kolanowe w kończynach dolnych wzmożone. Od początku r. 1899 dołącza się do tych zmian czuciowych upośledzenie w czuciu ciepłoty, szczególnie w ręce i stopie strony prawej.

Syringomyelia: upośledzenie węchu, chód kurczowy, częściowo upośledzone czucie dotyku, odruchy kolanowe wzmożone, później dopiero występują zmiany w czuciu ciepłoty, kurcze żołądkowe, przeczulica, upośledzenie ze strony oddawania moczu, kiła.

XII. M. G. 22/III 1899. Lat 59. W rodzinie nie występowały choroby nerwowe. W grudniu 1896 przebywa chora zapalenie stawów w szpitalu Rudolfa, do czego przyłączyły się objawy mózgowe tak, że musiano ją przenieść do zakładu obłąkanych. Po 4 miesiącach opuściła szpital. W r. 1881 powtórzyło się zapalenie stawów i chora przeleżała 4 tygodnie w szpitalu wied. Przed 5 laty spostrzegła, że ręce jej wychudły i straciły pierwotną siłę; do tego przyłączyły się rwące bóle w okolicy stawu nadgarstkowego, wzdłuż pni nerwowych kończyny górnej prawej; od tego czasu datuje się również pewna sztywność tej kończyny. Równocześnie wystąpiło skrzywienie kręgosłupa. Mowa zmieniła się na ochrypłą i powolną. Wychudnienie kończyn górnych rozpoczęło się od ręki, zkąd przeszło na przedramię i ramię. Kończyna prawa była zawsze chudsza niż lewa. Od kilku miesięcy osłabły również kończyny dolne, co wraz ze sztywnieniem nie pozwala chorej chodzić. — Kiły nie przebywała.

Stan obecny: Z powodu niedowładu nóg chora nie może się obrócić na bok. „Sensorium“ wolne, bólu głowy niema. Klatka piersiowa szeroka, w górnej części łukowato wyżłobiona, wskutek tego rękojeść mostka podaną jest w tył i łódkowato zapadła, oba obojczyki mocno wystające: „thorax en bateau“. Stos pacierzowy ku tyłowi wygięty, najwyższy punkt wypukłości stanowi wyrostek kolczasty kręgu VIII. Kończyna górna prawa w stawie łokciowym nieco przykurczona, ręka w stawie nadgarstkowym wyprostowana, drugie i trzecie falangi palców są zgięte i przykurczone. Przykurczenie to jest stałe. Skóra na grzbiecie ręki ścieńczona, sucha, pokryta drobnemi ciemnemi bliznami i białemi plamami. Mięśnie pomiędzy kośćmi śródręcza zanikłe, najwięcej brzusiec i przeciwbrzusiec dłoni. Tu i ówdzie widać w mięśniach drgania włókienkowe. Mięśnie przedramienia zanikłe, po stronie wyprostnej na skórze znajdują się białawe plamy odbarwionego przyskórka. Główka kości sprychowej prawej jest wyraźnie zgrubiała, zgrubienie to wielkości jaja kurzego ogranicza się do stawu łokciowego, przy ruchach czuć wyraźne chrupotanie. Siła mięśniowa tego ramienia znacznie upośledzona. Od czasu do czasu podczas silniejszego wzruszenia występują drgania w wardze dolnej i ręce prawej. Mięśnie barkowe wyraźnie zanikłe, dwugłowy, naramieniowy, kapturowy, nad- i podgrzebieniowy okazują wyraźnie drgania włókienkowe. Te same zmiany w mniejszym stopniu znajdują się w kończynie górnej po stronie lewej.

Kończyny dolne wychudłe, brak jednak wyraźnych zmian włókienkowych w mięśniach. Odruchy ścięgniste wzmożone, więcej w kończynach górnych niż w dolnych. Odruch kolanowy i skokowy po stronie prawej bardzo wyraźny; siła mięśniowa po stronie prawej i lewej upośledzona. Oddawanie moczu i kału prawidłowe. Badanie czucia wykazuje: po stronie prawej twarzy lekkie upośledzenie czucia dotyku. Czucie ciepłoty i bólu upośledzone w całej kończynie górnej prawej, ztamtąd przechodzi na łopatki i schodzi na ramię lewe. Upośledzenie to uwydatnia się najwięcej w obu rękach po stronie dłoni i grzbietu, dalej w łopatce strony prawej więcej, aniżeli po stronie lewej. W dalszym przebiegu choroby występuje lekkie zwężenie szpary powiekowej po stronie lewej, nadto wiercenie oczyma wahadłowe (*nystagmus oscillatorius*) przy zwrocie gałek ocznych na prawo.

Syringomyelia: klatka piersiowa łódkowata, zaniki mięśni, odbarwienie skóry, zmiany odżywcze w kościach, drżączka, odruchy ścięgniste wzmożone, upośledzenie czucia ciepłoty i bólu, skręcenie kręgosłupa, wiercenie oczyma wahadłowe (*nystagmus oscillatorius*).

III. Wyciągi.

Ewald. **Samozatrucie.** (*Berliner kl. Wochs.* 1900. Nr. 7, 8). Nauka o samozatruciu jest owocem ostatnich dopiero dziesiątków lat, przynajmniej w tem pojęciu, jak dziś samozatrucie określamy. Samozatruciem nazywa Ewald zatrucie ustroju przez produkta trawienia i przemiany materyi normalne lub nienormalne, które ustrój sam wytwarza przez swe sprawy życiowe. Samozatrucia można podzielić na samozatrucie pochodzenia jelitowego (intestinale Antointoxicationen) i pochodzenia miąższowego (przez produkta czynności tkanek ustroju — interstitielle A.) Do gromady pierwszej nie należą oczywiście nie tylko zatrucia truciznami w ścisłem znaczeniu tego słowa, ale także i zepsutymi środkami żywności, ani wytworami swoistych chorobotwórczych bakteryi, dostających się do jelit. Zresztą samozatrucia pochodzenia jelitowego mogą być skutkiem albo nadmiaru wytwarzających się prawidłowo produktów trawienia (fenol, H_2S) albo nieprawidłowych, zazwyczaj nie powstających w ustroju związków (rozmaite ptomainy, peptotoksyny, lotne kwasy tłuszczowe, metylmerkaptan). Źródłem samozatrucia pochodzenia tkankowego mogą być szkodliwe produkta przemiany materyi, zazwyczaj z ustroju wydalane, a przy samozatruciu zatrzymywane, lub same w sobie nieszkodliwe t. zw. produkta pośrednie, ulegające nieprawidłowemu rozpadowi, mianowicie jeżeli powołane do ich zobojętnienia wzgl. wydalenia narządy uległy schorzeniu (wątroba, nerki, płuca, skóra i t. d.).

Do gromady samozatruć pochodzenia jelitowego zaliczyć należy pewne objawy nerwowe (ból głowy, drażliwość, zmęczenie, zawroty, i t. d.), występujące przy zaburzeniach trawienia, dalej ostre, nieraz zabójcze zatrucia np. przy nagłej niedrożności jelit, kończącej się szybko śmiercią. Oprócz tego do tej gromady zaliczane bywają mniej lub więcej bezpodstawnie niektóre choroby skórne, tężyczka, cystynuria, a nawet pewne postacie niedokrewności i błednica.

Do samozatrucia pochodzenia tkankowego zaliczają mocznicę, „*Coma diabeticum i carcinomatosum*,“ choroby Basedowa i Addisona, cukrzycę ze schorzenia trzustki, obrzęk śluzakowy i *cachexia strumipriva*, matołectwo, białaczkę

prawdziwą i rzekomą, rzucawkę, a nawet niektóre psychozy. Natomiast zarówno do pierwszej, jak i do drugiej gromady zaliczyćby można migrenę, niektóre zapalenia nerwów, plamicę krwotoczną, *polymyositis*, oraz dnę.

Stanowczo zaś oświadcza się E. przeciw zaliczeniu do samozatruć: acetonuryi, oksaluryi, cukrzycy wogóle, *icterus gravis*, ostrego żółtego zaniku wątroby; tu mówić można co najwyżej o samozatruciach w przebiegu tych chorób.

Rozstrząsając, na jakiej podstawie ma się prawo rozmaite wymienione sprawy zaliczać do samozatrucia, stwierdza E. przedewszystkiem, że samozatrucie kwasem węglowym, pochodzące z płuc, oraz samozatrucie, wywołane przez upośledzenie czynności skóry (oparzenia, polakierowanie, ogólna łuszczyca, rybia łuska) nie potrzebują już dziś osobnych dowodów i nie ulegają żadnej wątpliwości. Natomiast w innych sprawach, uważanych za samozatrucie, należy żądać ścisłych dowodów na rzecz takiego zapatrywania, mianowicie wykazania odpowiednich toksyn we krwi i w moczu. W kale zawsze dadzą się wykryć istoty trujące; ale to jeszcze nie jest dowodem, że bywają one do ustroju wessane; nawet, jeżeli obok ich wykazania w kale stwierdzimy objawy zatrucia, musimy żądać dowodu, że to one właśnie tych objawów są przyczyną.

Tych substancyi trujących szukano najczęściej w moczu. Bouchard i jego szkoła stwierdzili, że już w moczu prawidłowym da się wykazać „urotoksyna“, że ilość tej urotoksyny wzmaga się w pewnych chorobach, polegających na samozatruciu, a nawet może służyć jako wskazówka w rokowaniu. Dokładniejsze badania obaliły jednak całą naukę Boucharda, dowodząc, że najważniejszem źródłem trujących własności moczu są po prostu sole potasowe i w moczu prawidłowym niema potrzeby szukać innych jakichś substancyi trujących. Błędy metody Boucharda nie dozwalają na żadne wnioski także co do trujących własności moczu w niektórych chorobach. Próbowano wydzielić z takiego moczu substancye trujące, jednak dotyczące badania, prócz niewielu wyjątkowych przypadków i prócz wykrycia jadów, wytworzonych przez bakterye, nie są przekonywające. Wiele z wykrywanych substancyi nie działa trująco na ustrój nawet w ilościach o wiele większych, niż krążące nawet w chorobowych warunkach w ustroju; inne znów, nowowykryte, okazały się nietrującymi, lub znajdowały się w ilościach znikająco małych. Według Ewalda znane są tylko dwa przypadki niewątpliwego samozatrucia przez substancye, wytworzone w ustroju: mianowicie spostrzeżenie Senatora z r. 1868 (samozatrucie H_2S pochodzenia jelitowego), oraz samozatrucie kwasami (zwłaszcza kwasem β-oxymasłowym w niektórych przypadkach moczówki). Mimo to należy uważać wyniki badania moczu dla rozjaśnienia sprawy samozatrucia w ogóle za nieobfite i niepewne. Jeszcze więcej odnosi się to do poszukiwań substancyi trujących w przypadkach rzekomego samozatrucia we krwi. Ostatecznie dochodzi E. do wniosku, że podstawy naukowe, na których opiera się nauka o samozatruciu, są bardzo małe, a obecnie nawet słabsze, niż dawniej. Mimo to kliniczne doświadczenie w wielu przypadkach bardzo rozmaitych chorób prawie zmusza myśleć o samozatruciu. Na razie są to jednak tylko przypuszczenia, których potwierdzenie lub zaprzeczenie przynieść mogą dopiero ulepszone metody badania. *Ciechanowski.*

Prof. Hermann Freund. **O cięciu cesarskiem.** (*Berl. klin. Wochs.* Nr. 8. 1900). Autor wypowiada zdanie, że wymóżdżenie płodu żywego jest postępowaniem nieuzasadnionem w tych przypadkach, gdzie niema groźnego niebezpieczeństwa dla życia matki i gdzie istnieją warunki zewnętrzne do leczenia chirurgicznego, tj. do wykonania cięcia cesarskiego.

Warunki takie istnieją zawsze we wszystkich zakładach a groza zakażenia, krwotoku przy operacyi i krwotoku z niedowładu macicy nie jest zdaniem autora większą, niż przy rozwiązywaniu rodzącej drogami naturalnemi. Obawa przepukliny brzusznej nie powinna więcej ważyć na szali postanowienia do operacyi, jak obawa o pęknięcie międzykrocza z jego następstwami.

Autor jest zdania, że każdy lekarz, który może podjąć się dokonania cięcia cesarskiego i ma do rozporządzenia odpowiednio urządzony zakład, nie powinien nigdy się zgodzić na wymóżdżenie płodu żyjącego. Do zdania Olshausena który rozszerza cięcie cesarskie i dla przypadków drgawek porodowych, autor się przechyla.

W dalszym ciągu opisuje autor przypadki cięcia cesarskiego, jako przykład, jak kombinacya wskazań może zniewalać do cięcia cesarskiego. W przypadku pierwszym, dotyczącym rodzącej pierwiastki 44-letniej z miednicą płaską, nadmiernym rozwojem główki płodu, po trzechdniowem trwaniu I. okresu porodu wystąpiły przy małym postępie porodu drgawki porodowe. Wykonano cięcie cesarskie z wynikiem zupełnie pomyślnym.

W drugim przypadku dokonał autor cięcia cesarskiego z powodu znacznego obrzęku jelita esowatego i prostnicy, dającego obraz guza, zajmującego miednicę małą. W trzecim przypadku dokonał cięcia również ze wskazania względnego u kobiety, dotkniętej znacznemi zmianami krzywiczemi, która poprzednio przebyła 4 porody ciężkie, połączone zawsze z obumarciem płodu. Wyniki wszystkie były dobre. Dwa pierwsze przypadki operował według sposobu Sängera, trzeci metodą Fritscha.

Przebiegiem cięcia poprzecznego macicy autor był zupełnie zadowolony; napotkał jednakże na trudności w oddzielaniu błon, co często przy tym sposobie operowania przydarza się, zwłaszcza gdy się operuje przy pęcherzu stojącym. *St. D.*

Prof. F. Schauta. **O ograniczeniu laparotomii na korzyść coeliotomii pochwowej.** (*Wien. klin. Woch.* N. 5). Autor kolejno przechodzi schorzenia, które łatwo i z lepszym wynikiem ogólnym mogą być operowane drogą pochwy.

Torbiele jajnikowe mogą być operowane drogą pochwy, jeżeli zupełnie są wolne, jeżeli ich szypuła nie jest skręconą, jeżeli nie są wielokomorowe, jeżeli nie ulegają zwyrodnieniu złośliwemu, jeżeli wielkością nie przekraczają głowy noworodka i nie są skórzakami.

Operacyę na przypadkach zapalnie zmienionych należy wykonywać drogą pochwy, z wyjątkiem jeśli są bardzo silne zrosty, zwłaszcza z jelitami; wyniki operacyjne tą drogą są znacznie lepsze.

Ciążę zamaciczną można operować drogą pochwy tylko wtedy, gdy ma się ciążę wczesną bez dużego wylewu krwi.

Operacyę włókniaków, o ile jest ona możliwa drogą pochwy, powinno się tą drogą wykonywać nawet w tych przypadkach, gdzie niema pewności, że tą drogą da się ukończyć. Jeżeli włókniaki operuje się drogą jamy brzusznej, należy wykonać wyjęcie całej macicy, a wyjątkowo tylko można ograniczyć się do amputacyi nadpochwowej.

Raki macicy operowane drogą pochwy dają autorowi po 6 latach tylko 25% uleczeń.

Tyłogięcie i tyłopochylenie macicy należy leczyć operacyjnie drogą pochwy, a tylko tam, gdzie są zbyt silne zrosty, lub gdzie przyszycie do powłok macicy jest operacyą dodatkową, można je wykonać drogą laparotomii.

Trzebienie o ile tylko jest możliwem, należy dokonywać drogą pochwy.

W końcu pracy autor zwraca uwagę na dwa przypadki cięć cesarskich z następowem wyjęciem macicy rakowatej drogą pochwy.

Operacye wszystkie drogą pochwy można wykonywać zupełnie dobrze pod kontrolą wzroku, podobnie jak i operacye drogą jamy brzusznej. *St. D.*

Dr. Hugo Hübl. **O zatorze powietrznym przy łożysku przodującem.** (*Wien. klin. Woch.* N. 5). Przypadki śmierci po dostaniu się powietrza do obiegu krwi mogą występować zaraz po wtargnięciu powietrza do żył, albo też po upływie pewnego czasu.

Autor podaje dwa przypadki zejścia śmiertelnego z tego powodu przy łożysku przodującem. Jeden przypadek śmierci wystąpił natychmiast po obrocie metodą Braxtona-Hixa; przypadek ten został potwierdzony wynikiem sekcyi zwłok. Drugi zaś przypadek śmierci również po tym samym zabiegu wystąpił dopiero w 11 godzin po przestrzykaniu macicy wśród zapadu. Sekcyi zwłok w tym przypadku nie robiono.

Zator powietrzny można rozpoznać, jeżeli dadzą się wykluczyć inne przyczyny nagłego zejścia śmiertelnego, jeżeli stwierdzić się uda obecność powietrza w sercu i jeżeli są warunki po temu, by powietrze mogło się dostać do narządu krążenia. Warunkami zaś tymi są: 1) nagłe zmniejszenie parcia wśródbrzusznego, co sprowadzić może ułożenie grzbietowe, pośladkowe z silnie przykurczonemi kończynami dolnemi, 2) nagłe zwiększenie parcia wśródmacicznego, co mogą spowodować przestrzykiwania macicy. *St. D.*

Dr. Ernest Moro: **Prątki w stolcach osesków, barwiące się metodą Grama.** (Z kliniki pedyatrycznej prof. Eschericha w Gracu). (*Wiener klinische Wochenschrift* Nr. 5, 1900). Już w lecie 1898 r. udało się Escherichowi wyosobnić w wodnistych stolcach osesków, chorych na biegunkę, charakterystyczny rodzaj bakteryj, przedstawiających się pod postacią laseczników, barwiących się metodą Grama, a będących w etyologicznym związku z panującymi podówczas epidemicznie nieżytami kiszek. Zupełnie podobne prątki obok *bact. coli* wykazano w moczu dziewczynki, cierpiącej na ropne zapalenie pęcherza. W stolcach osesków, karmionych piersią, rozwijających się prawidłowo i zdrowych wykazano i wyhodowano bakterye, barwiące się metodą Grama.

Przeszczepiając obficie na bulionie, zaprawionym piwem kwaśno oddziaływującem, emulsyę, przyrządzoną z stolca oseska piersią karmionego, po 24 godzinach, przy odpowiedniej hodowli, zauważyć można płatkowaty osad, który, barwiony metodą Eschericha, okazuje liczne, nieraz szeregami ułożone, wązkie, niebiesko zabarwione pręciki. Założywszy hodowle płytowe agarowe, dostrzeżemy rozwijające się w głębi pożywki liczne, drobne kolonie kształtu nieregularnego z drobnemi promienistemi lub rozgałęziającemi się wypustkami. Powierzchowne kolonie znajdują się tylko na anaerobiotycznych płytach pod postacią gęstej plątaniny długich pokręconych nitek. Prątek ten najlepiej rośnie w ciepłocie ciała ludzkiego; lecz także przy 20—22° C. Dostęp tlenu sprzyja rozwojowi prątka, — lecz można otrzymać także hodowle aërobowe w kształcie małych matowych łusek. Mleko jest mniej dobrą pożywką. Zarodników i rozgałęzień niezauważono. Prątek wyżej opisany jest bardzo zbliżony do prątka Eschericha, wyosobnionego z patologicznych stolców osesków.

Wedle tej metody otrzymano podobny prątek z stolców u dzieci, karmionych mlekiem krowiem i dzieci starszych. Prątek ten, rozwijający się na zakwaszonym bulionie, nazywa autor *bacillus acidophilus* i stanowczo odróżnia od *bacillus bifidus communis* Tissiera, znaleziony również w stolcach osesków, będący rzeczywistym anaërobem, słabo barwiący się metodą Grama i przedstawiający się w hodowlach w kształtach rozgałęziających się, kolbowatych, zbliżonych do płomienia świecy.

Dr. Bolesław Komorowski.

H. Tappeiner. **O działaniu substancyi fluoryzujących na wymoczki według doświadczeń O. Raaba.** (*Münch. med. Wochenschr.* Nr. 1. 1900). Binz wykazał, iż chinina i jej sole są truciznami silnemi dla wymoczków i skłonny był tłómaczyć w ten sposób działanie chininy w zakaź. zimnicznem. Późniejsze badania Grethego i Tappeinera wykazały, iż inne związki, jak fenylochinoliny i fenylsakridiny są jeszcze silniejszemi truciznami dla wymoczków, a pomimo to w działaniu przeciwzimniczem ustępują znacznie chininie. Raab zajął się z polecenia Tappeinera badaniem wpływu chlorku akridiny, jak również fenylakridiny na wymoczki, przyczem ta ostatnia okazała się o wiele silniejszą. —

Przy sposobności tych doświadczeń zrobił autor bardzo interesujące spostrzeżenie, a mianowicie to, że w rozczynie akridiny 1:1000 ginęły wymoczki natychmiast, w rozczynie 1:5000 po 30 minutach, w rozcz. 1:10000 ginęły przeciętnie w 60 m., zaś w rozczynie 1:20000 w okresach bardzo zmiennych, jużto po 60—100 m., już też żyły jeszcze po $^1/_2$ dnia (800—1000 m.). Ta zmienna żywotność wymoczków w rozczynie akridiny 1:20000 była, jak się autor przekonał, w związku z natężeniem światła dziennego, które ulegało wahaniom wskutek zmiennej wówczas pogody; doświadczenia bowiem wykazały, iż w rozczynie akridiny 1:20000 ginęły wymoczki już po 6 minut., jeżeli były wystawione na działanie promieni słonecznych, podczas gdy wystawione na światło rozproszone ginęły po 60 minut., a w ciemności pozostawały jeszcze po 60000 min. (100 god.) przy życiu. — Promienie światła słonecznego po przepuszczeniu ich przez nasycony rozczyn siarkanu miedzianego zachowywały się tak, jak promienie słoneczne, wprost działające. Dalsze badania wykazały, iż wpływ światła na żywotność wymoczków ma tylko wtedy miejsce, jeżeli te się znajdują w rozczynie związku takiego, który posiada własności fluorescencyi. Dalej wykazał autor, iż w rozczynie eozyny (1:800) ginęły wymoczki najszybciej wtedy, jeżeli rozczyn badany oświetlony został światłem zielonem (monochromatycznem, otrzymanem zapomocą pryzmatu); wiadomo zaś, iż światłem tej barwy zostaje fluorescencya eozyny najwybitniej wywołaną. Raab wykazał również, iż wymoczki, znajdujące się w rozczynie akridiny (1:20000), pozostają przy życiu jeszcze po tygodniu, jeżeli ten rozczyn oświetlany został promieniami nawet słonecznymi, przepuszczonymi jednak przez warstwę rozczynu akridiny (1:500) o grubości 5 ctm. Przy oświetleniu tego samego rozczynu promieniami, przepuszczonymi przez rozczyn chininy (sól ta, jak wiadomo, pochłania promienie ultrafioletowe) ginęły wymoczki po krótkim czasie. Te ostatnie doświadczenia wykazują, iż wpływ na żywotność wymoczków wywierają, nie światło fluoryzujące, lecz światło, względnie czynnik, wywołujący fluorescencyę w rozczynie pewnej substancyi, a które to czynniki są zagadnieniem, którego fizyka dotychczas nie tłómaczy dostatecznie. Raab przypuszcza, iż tu ma miejsce pewnego rodzaju przemiana energii światła w energię chemiczną, analogicznie, jak sobie tłómaczymy sprawę barwika zieleni (który fluoryzuje czerwono), z tą tylko różnicą, iż ta przemiana energii powoduje u wymoczków śmierć, — u roślin zaś utrzymuje je przy życiu. — Nasuwa się tu pytanie, czy ten sposób działania światła ma znaczenie biologiczne? Jakkolwiek brak nam dotychczas badań w tym kierunku, to jednak jest prawdopodobnem, iż te zjawiska nie ograniczają się jedynie do wymoczków, ale działać mogą i na komórkę wyższych ustrojów, o ile ta wystawioną jest na działanie światła. Działanie to może być już to szkodliwe dla komórki, już to pożyteczne. W obec faktu, że wiele narządów i cieczy zwierzęcych, n. p. skóra, tęczówka, krew i t. p. posiadają, wprawdzie w słabym stopniu, własności fluorescencyi, należałoby tę okoliczność uwzględnić przy badaniach oddziaływania światła na te narządy. — Działanie powyżej omawiane pochodzić może także od ciał fluoryzujących, wprowadzonych od zewnątrz do ustroju. W ten sposób n. p. możnaby sobie tłómaczyć zagadkowe dotychczas zapalenie skóry, które przechodzą w czasie słonecznym, po spożyciu hreczki, owce i świnie, pokryte jasnym włosem, — przyjmując, iż z pokarmem dostały się do ich ustroju pewne istoty fluoryzujące, — albo też, że takowe się w ustroju z pokarmu utworzyły. — Na odwrót, dałoby się może zastósować własności fluorescencyi w terapii chorób skórnych, przez stósowanie pewnych środków fluoryzujących, analogicznie do zastósowania eozyny i innych fluoryzujących barwików do fotografii, używanych do zwiększenia czułości płyt fotograficznych na pewne barwy (płyty ortochromatyczne). —

Dr. Ig. L.

Dr. F. Muehling. **Napady padaczkowe u ozdrowieńca po durze brzusznym.** (*Münch. med. Wochschr.* Nr. 7. 1900). Dwudziestego dnia stanu bezgorączkowego — po zupełnie zresztą prawidłowym przebiegu tak samego duru, jak i okresu ozdrawiania, wystąpiły u człowieka młodego (23 l.), zawsze przedtem zdrowego, trzy w jednym i tym samym dniu, w pewnych po sobie odstępach pojawiające się, napady padaczkowe. Okres ich trwania był różny ($^1/_2$ godz. 10 m. 1 godz. z parominutowemi przerwami) — każdy z nich jednak rozpoczynał się drgawkowymi kurczami dwóch ostatnich

palców górnej kończyny lewej. Napady — podczas których chory tracił całkowicie przytomność, były typowe, nigdy się jednak potem w ciągu całorocznego spostrzegania nie powtórzyły. (Choremu podawano tylko przez 8 dni bromek potasowy). *Dr. St. B. K.*

Dr. Wład. Falk. **Przyczynek do wyjaśnienia znaczenia, jakie ma zapalenie wyrostka robaczkowego dla położnika i ginekologa.** *(Ctbl. f. Gyn.* Nr. 7). Na wstępie zwraca autor uwagę, jak ciężkiem powikłaniem ciąży jest zapalenie wyrostka robaczkowego. Zestawione przez autora piśmiennictwo wykazuje, jak znaczny odsetek kobiet przy tem powikłaniu, mimo odpowiedniego leczenia, ginie. W dalszym ciągu opisuje on przypadek ciąży w 7. m. ks., powikłany ropniem około wyrostka robaczkow. Rozpoznanie w tym przypadku było bardzo trudne i dopiero w uśpieniu okazało się możliwe. Leczenie operacyjne uratowało życie chorej, która po operacyi donosiła płód do końca ciąży i urodziła prawidłowo.

Rozpoznanie schorzenia wyrostka robaczkowego u ciężarnych i chorych ginekologicznych zwykle bywa bardzo trudne, a często niemożliwe. Jako dowód przytacza autor dwa przypadki: w pierwszym istniała 3. m. ciąża; wywiady i badanie przedmiotowe przemawiały za obecnością zapal. wyrostka robaczkow.; zabieg operacyjny wykazał dopiero, że guz wybadany był krwiakiem w jajniku. W drugim przypadku, gdzie operowano z powodu rozpoznanej ciąży zamacicznej, znaleziono otok ropny trąbki i zapalenie wyrostka robaczkowego ze znacznymi zmianami, mimo że ani w wywiadach, ani przedmiotowo, nie znaleziono nic takiego, coby za tem przemawiało, że w danym przypadku istnieje schorzenie wyrostka robaczkowego. *St. D.*

Dr. Wilhelm Stoeltzner: **Leczenie krzywicy substancyą nadnercza.** *(Jahrbuch für Kinderheilkunde* 1. 2. Z. 1900 r.). Dr. Stoeltzner, robiąc w prywatnej praktyce drobne doświadczenia nad krzywicą, postanowił przeprowadzić spostrzeżenia kliniczne w berlińskiej dziecięcej poliklinice Prof. Dra Heubnera nad podawaniem nadnercza w krzywicy, pod kontrolą prof. Heubnera, Dra Lissauera i Dra Adesmana. Autor przedstawił 71 przypadków krzywicy, leczonych tym sposobem i ułożył odpowiednie tabele o 41 przedziałach, z szczególnem uwzględnieniem najdrobniejszych objawów, dotyczących krzywicy. Jako podstawowy materyał do leczenia krzywicy służyły autorowi „Tabloïd's of compressed Supra renal Gland Substance“ Burroughs Wellome et Comp. Każda tableta odpowiadała 0·324 grm. świeżej substancyi i ważyła około 0·25 grm. Autor podawał z początku tyle centygramów substancyi dziennie, ile dziecko ważyło kilogramów. W dalszym przebiegu pozostawano wedle okoliczności przy tej dawce, lub też powoli zwiększano ją aż do podwojenia. Jeżeli chodziło o podawanie substancyi nadnercza oseskom, to autor sporządzał, i zastósowywał do ich wieku kołaczyki, z których każdy zawierał 0·08 substancyi nadnercza. Jeden taki kołaczyk podawał autor dziennie dziecku, ważącemu 8 kgm. Gotowe takie kołaczyki sporządza firma E. Merck w Darmstadzie pod nazwą „Rachitol“. — Kołaczyki te wkładano dzieciom bezpośrednio do ust. Przy leczeniu tą metodą nie uwzględniano żadnych przepisów higieniczno-dyetetycznych, lecz zostawiano chore dzieci w takich warunkach, jakie były przed leczeniem tą metodą.

Wyniki badań są następujące: ubocznego działania szkodliwego nigdy nie spostrzegano podczas podawania nadnercza; — ogólne wejrzenie dzieci krzywiczych było nader korzystne; wyraźnie ustępowały objawy krzywicze, (obfite poty, zanik kości czaszkowych) (*craniotabes*), nadmierna czułość na ruchy bierne, niepokój, nadmierna pobudliwość naczyniowo-ruchowa skóry. Stwierdzono zaś prawidłowe co do czasu ząbkowanie, oraz zdolność dziecka do siadania, chodzenia, stania itd. — Zupełnie zmianie nie uległy, mimo leczenia nadnerczem: wielkość ciemiączek, różaniec żebrowy, zniekształtnienie klatki piersiowej, kurcz głośni i tężyczka.

Poprawę krzywicy można spostrzegać nieraz już w I-szym tygodniu leczenia; w późniejszym okresie poprawa ta występuje o wiele wolniej. Z chwilą nagłego przerwania leczenia występuje nieraz pogorszenie choroby. *Dr. Bolesław Komorowski.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 7 marca 1900 r.

W zastępstwie prezesa przewodniczy kol. Kwaśnicki.

1) Odczytano i przyjęto bez poprawki protokół z ostatniego posiedzenia.

2) Przyjęto jednogłośnie na członków Towarzystwa kolegów: Tymoteusza Piotrowskiego i Kazimierza Mieroszewskiego.

3) Kol. Bossowski przedstawia nadprogramowo chorego z *mycosis fungoides*. Chory pozostawał dłuższy czas w opiece dermatologów i znany jest członkom Towarzystwa z pierwszego posiedzenia grudniowego, na którem przedstawiał go kol. Borzęcki. W czasie, gdy prelegent dostał go w swą opiekę lekarską, przypadek przedstawiał ze względu na zmiany miejscowe przedmiot leczenia chirurgicznego. Zmiany miejscowe dotyczyły skóry, która zasianą była plamami ciemnoczerwonemi, występującemi wyraźnie wśród zmian wypryskowych, spowodowanych silnem drapaniem. Obok tego stwierdzono 1) guz wielkości dużej pięści, wychodzący ze skóry przedniej ściany klatki piersiowej, umiejscowiony tuż przy pasze lewej, 2) rozległe grzybiaste wybujałości nad udem lewem, 3) trzy podobne ale znacznie mniejsze wybujałości: jedna na brzuchu, druga na przedniej ścianie klatki piersiowej tuż przy pasze prawej, a trzecia po zewnętrznej stronie uda prawego. Stan ogólny bardzo lichy; chory był do pracy zupełnie niezdolny. Leczenie polegało na wycięciu guza i zeszyciu brzegów powstałej rany, dwukrotnem przypaleniu Paquelinem wybujałości nad udem lewem i jednorazowem wypaleniu reszty wybujałości.

Równocześnie podano jodotyrynę na wewnątrz, początkowo po 0·5, później po 0·75 dziennie. Po użyciu 10 grm. tegoż środka stwierdzono, że czerwone plamy znacznie zbladły, chory stracił swędzenie. Stan ogólny znacznie się poprawił. Przed świętami Bożego Narodzenia, gdy rana po wyciętym guzie była już zgojoną i reszta wypalonych miejsc była na wygojeniu, a chory czuł się zdolnym do pracy, wypuścił go ze Szpitala, z poleceniem brania jodotyryny i arsenu z żelazem. Obecnie stan ogólny bardzo dobry, swędzenie i ciemnoczerwone plamy ustąpiły. Wypalone miejsca zabliźnione zupełnie, z wyjątkiem małego owrzodzenia po stronie zewnętrznej uda prawego, będącego na najlepszej drodze do zabliźnienia się. Co do ogólnych uwag, prelegent nadmienia, że badano w tym przypadku krew, lecz ta nie przedstawiała żadnych zmian. Badanie bakteryologiczne treści guza dało tak na pożywkach, jakoteż w doświadczeniach na zwierzętach, wynik ujemny. Badania histologiczne są w toku, przeprowadza je kol. prof. Ciechanowski; a gdy będą ukończone, nie omieszka ich ogłosić.

W dyskusyi zabierają głos koledzy: Borzęcki i Zarewicz.

Kol. Borzęcki, który miał poprzednio przypadek w swej opiece i odesłał go kol. Drowi Bossowskiemu, uważa wynik za nad wszelki wyraz dobry. Kol. Zarewicz stwierdza również, że wynik jest świetny, jednakże nie uważa chorego za uleczonego. Zmiany na skórze się tylko znacznie poprawiły, ale nie ustąpiły zupełnie i jest wielkie prawdopodobieństwo, że ponownie wrócą. Pomyślny wynik leczenia przypisać należy 1) zabiegom chirurgicznym i 2) jodotyrynie. Arsen, jak o tem świadczy znane mu piśmiennictwo, nie odegrał żadnej leczniczej roli.

4) Kol. Grażyński demonstruje rurki ebonitowe do intubacyi, zalecone przez lekarzy amerykańskich, a gorąco zachwalane przez Bokaja, Carstena, Trumppa, Rankego. Zrobione są z ebonitu, tj. masy powstałej przez stopienie kauczuku, z dodaniem siarki i gipsu 30—60%. Dobry tubus powinien być zrobiony z materyału trwałego, gładkiego, lekkiego, powinien być możliwie jak najlepiej zastósowanym do budowy tchawicy, dawać się łatwo wprowadzać, a nie powinien wywoływać uciskowych odleżyn. Rurki ebonitowe są 5 razy lżejsze od metalowych, kształtem różnią się od dotychczasowych, gdyż oś ich podłużna wy-

gięta jest nieco ku krtani, główkę mają płaską, brzusiec jest niżej umieszczony, niż przy metalowych, nadto przy końcu, który jest zaokrąglony, mają drugi brzusiec. Ściana wewnętrzna rurki jest pokryta cienką warstwą metalową. Sam prelegent intubował ebonitową rurką raz, — doświadczenia więc własnego nie ma; rozbierając podane zalety teoretycznie i polegając na poleceniu ich przez zwyż wspomnianych lekarzy, uznaje ich wyższość od dotychczasowych.

W dyskusyi zabierają głos koledzy Gertler i Słapa:

Pierwszy zapytuje, jak się ma rzecz z wykrztuszaniem rurki, czy nie następuje ono łatwiej jak przy rurkach metalowych.

Kol. Słapa wątpi, czy rurki ebonitowe zmniejszą odsetek odleżyn, gdyż odleżyny zdaniem jego nie zależą od ciężkości, ale od twardości materyału; zapytuje prelegenta, jak się zachowuje ebonit przy gryzieniu i jak jest z wprowadzaniem, gdyż gałeczka na końcu demonstrowanych rurek zdaje się mu je utrudniać.

W odpowiedzi zaznacza kol. Grażyński „że w jego przypadku wprowadził tubus łatwo“ — wykrztuszenia nie było; — a co do reszty zarzutów, jedynie dalsze doświadczenie pouczyć może.

5) Kol. Stankiewicz Wiktor przedstawia preparat anatomiczny pierwotnego mięsaka, wychodzącego z błony śluzowej macicy, usuniętego przez pochwę w klinice prof. Dra Jordana u chorej, u której rozstrzygnięto rozpoznanie zapomocą badania drobnowidowego skrobanki, otrzymanej przed operacyą.

W dyskusyi przytacza kol. Dr. Braun podobny przypadek ze swej praktyki i podnosi jak ważną rzeczą jest badanie przedoperacyjne skrobanki.

6) Kol. Doc. Kryński: W wykładzie swym pod tytułem: „Przyczynek do techniki trepanacyi wyrostka sutkowego“ roztacza najpierw obraz stosunków anatomicznych ucha środkowego, przedstawia stosunek „antrum mastoideum“ do „aditus ad atticum« i do samego „atticus“, przechodzi chronologicznie rozwój chirurgii ucha, opisuje operacye, jakie dziś zyskały w chirurgii ucha prawo obywatelstwa, przyczem położył zasługi rodak nasz kol. Jasiński, wprowadzając do operacyi w miejsce dłuta trepan Collina, upraszczający wielce operacyę.

Wreszcie opisuje modyfikacyę własną „antrotomii“, wykonaną u jednego chorego z dobrym wynikiem leczniczym i kosmetycznym (Chorego demonstruje). Metoda ta polega na tem, że rozpoczyna dłutować kość w *linea mastoidea verticalis* i kierując skośnie dłutem ku muszli usznej, dochodzi do *antrum mastoideum*, zostawiając blaszkę kostną ponad kanałem wytworzonym dla odpływu ropy z *antrum.* — Wyższość tej modyfikacyi polega według prelegenta, na tem, że przyspiesza znacznie czas — zupełnego zabliźnienia i nie zostawia żadnych zniekształtnień za uchem.

W dyskusyi zabierają głos koledzy: Bossowski, Schöngut, Rutkowski i Spira.

Kol. Dr. Bossowski przyznaje przy „antroatticotomii“ wyższość dłuta nad trepanem (Stackego), choćby dlatego, że dłutem można pewniej kierować i ruchy jego ściślej kontrolować, podczas gdy wiercąc trepanem niema się nigdy świadomości, jak daleko się jest.

A co do antrotomii, — to nie sądzi, by ta, jako taka, dawała wielkie zniekształtnienia; wystarczy tu zrobić mały otworek w kości dla odpływu ropy, a że tak jest, dowodem tego przypadki wyleczone — tam gdzie natura sama robi ten otworek przez wysadzenie małego czopka obumarłej kości tuż nad antrum. Stąd też nie widzi potrzeby uciekać się do modyfikacyi tej operacyi z tego względu.

Kol. Schöngut zaznacza, że wybór metody zależy od wskazań; — są przypadki, gdzie się nadaje metoda Stackego, a są znowu takie, gdzie trzeba zastosować metodę Zaufala. Prelegent nie podniósł 3-ciej kategoryi przypadków, gdzie ani otwieranie »atticus«, ani otwieranie »antrum“ nie są potrzebne. — Są to przypadki „mastoiditis Bezoldta“, w których rozchodzi się o ropień kostny. Tu nie potrzeba otwierać „antrum“, ale wystarcza zwykła trepanacya wyrostka. Rozróżnianie tych przypadków ma znaczenie, gdyż otwarcie „antrum“ wpływa zawsze na upośledzenie słuchu. W wspomnianych przypadkach pozostawia się „antrum“ nienaruszonem, — a sprawa goi się szybko po wypuszczeniu ropy zebranej w „cellulae mastoideae“.

Kol. Dr. Rutkowski uważa modyfikacyę kol. Kryńskiego za niebezpieczną, gdyż dłutuje on w *linea mastoidea verticalis*, gdzie tuż pod cienką blaszką kostną leży zatoka poprzeczna, której obrażenie nie jest dla chorego rzeczą obojętną — oprócz tego modyfikacya ta stwarza dla odpływu ropy drogą krętą i długą a wązką, co się sprzeciwia ogólnie przyjętej zasadzie odprowadzania ropy z jam ukrytych w ustroju.

Kol. Spira podnosi, że kol. prelegent opuścił w swym wykładzie wskazania do operacyi, a to, zdaniem jego, jest rzeczą najważniejszą. Pytanie, czy operować, jest najbardziej piekącą sprawą w chorobach ucha. — Czasem objawy miejscowe są duże, a operacya nie wykazuje wielkich zmian i przeciwnie. Dzisiejsze metody badania są niewystarczające do rozstrzygnięcia tej sprawy, stąd dyskusye w tym kierunku są wielce wskazane.

Kol. Dr. Kryński w odpowiedzi zaznacza, że „antrum mastoideum“ należy zawsze otwierać; — podnosi jeszcze raz zalety swej metody, — a co się tyczy wskazań, to się zgadza z kolegą Spirą, że są trudne, — jednakże nie leżały one w zakresie jego dzisiejszego wykładu.

Na tem obrady zakończono.

Dr. Stanisław Droba, sekretarz.

V. Uwagi nad ministeryalną reformą studyów i egzaminów lekarskich.

(Dokończenie).

Powszechnie wiadomo, że już obecnie od szeregu lat frekwencya na Wydziałach lekarskich stale się zmniejsza i to w sposób przerażający.

Już na podstawie starej ustawy koszta studyum lekarskiego były znacznie większe, niż na innych Wydziałach uniwersyteckich, również i okres nauk był dłuższy. Większych lub mniejszych kosztów studyum, szczególnie w stosunkach naszych, nie można uważać za sprawę obojętną. Wzgląd na koszta studyum lekarskiego już obecnie bezwątpienia odgrywał pewną rolę, szczególnie u nas, gdzie przeważnie niezamożni zawód ten obierają.

Nowa ustawa zmusi jeszcze bardziej niejednego kandydata, jego rodziców lub opiekunów, do zastanowienia się nad wyborem zawodu lekarskiego i z tego względu.

Lecz nie tylko samo trwanie studyów, koszta z tem połączone, mniej lub więcej trudne egzamina, odgrywają tu rolę; bardzo ważnym czynnikiem, może najważniejszym, są także widoki na przyszłość. Otóż nowa ustawa zjawia się w chwili, kiedy te widoki dla zawodu lekarskiego są jak najgorsze.

Można śmiało twierdzić, że nawet w Austryi młody adept każdego innego zawodu nie walczy z takiemi trudnościami, z jakiemi wypada walczyć młodemu lekarzowi. Dopóki zostaje w uniwersytecie w charakterze słuchacza medycyny, walczy nieraz z biedą, lecz w ten lub inny sposób ją pokonywa, tu i owdzie potrafi coś zarobić, bądź w charakterze demonstratora przy tej lub innej katedrze, bądź w charakterze koropetytora, w końcu ma prawo do stypendyów, których jest znaczna liczba i w ten sposób wśród strasznej walki, lecz pełen nadziei na lepszą przyszłość, przebojem pokonywa trudności, składa egzamina i w końcu zostaje uwieńczony dyplomem. I teraz dopiero dla mniej zamożnych rozpoczyna się najtrudniejszy okres życia.

Okres ten jest prawie wszystkim lekarzom pamiętny i dla tego zastanawiać się szczegółowo nad nim nie zamierzam. Zaznaczę tylko, że prawie na pewno każdy przeżył to uczucie człowieka, osadzonego na mieliźnie, który nie może i nie wie, w którą stronę ruszyć. Jest to okres, w którym każdy rozpoczyna faktyczną walkę o byt. Znaczna część wśród tej walki uzupełnia swoją wiedzę bądź w charakterze bezpłatnych praktykantów w szpitalach, bądź bezpłatnych elewów w klinikach. Tylko bardzo niewielkiej liczbie udaje się znaleść prostą i dogodną drogę; są to ci, którym los pozwala zaczepić się o jakąś katedrę, a zdolności i chęć do pracy pozwalają wyrobić się na specyalistów.

Gdzież mamy szukać przyczyny tego faktu, że zawód lekarski napotyka coraz trudniejsze warunki istnienia? Przyczyny tego faktu leżą w procesach, które się odbywają w obecnych

społeczeństwach, a w których dziwnym zbiegiem okoliczności zawód lekarski prawie nie bierze udziału. Cechą obecnych stosunków społecznych jest, że jednostki należące do jednego zawodu coraz bardziej łączą się w gromady. Te gromady między sobą się organizują dla osiągnięcia rozmaitych wspólnych celów, a między innemi dla uzyskania taniej pomocy lekarskiej.

W ten sposób dawniejsza podstawa materyalna zawodu lekarskiego, praktyka prywatna, zostaje coraz bardziej zachwianą i już obecnie może być brana w rachubę tylko u pewnej liczby specyalistów w większych ogniskach. Wobec współubiegania się pomiędzy lekarzami i braku odpowiedniej ustawy, normującej wynagrodzenie za pracę lekarską, dalej wobec zupełnego braku organizacyi pomiędzy lekarzami, a coraz bardziej prawidłowej organizacyi innych zawodów, zawód lekarski staje się coraz bardziej wyzyskiwanym, a jego reprezentanci stają się coraz bardziej prawdziwymi białymi murzynami. I dziwna rzecz: społeczeństwo i, w swojem przekonaniu, każdy lekarz uważa zawód lekarski za coś wyższego w porównaniu z innymi zawodami, za rodzaj jakby kapłaństwa, opartego na powołaniu. Społeczeństwo nawet wymaga od lekarzy osobnego poświęcenia, którego nie żąda bynajmniej od innych zawodów, np. budowniczych lub adwokatów, i daje wyraz oburzeniu w każdym przypadku, w którym można się dopatrzyć cienia chęci materyalnego zysku lub czegoś podobnego. Wszyscy zdają sobie sprawę z tego, że każdy lekarz i siebie i swoją rodzinę nieraz naraża na największe niebezpieczeństwo, niosąc pomoc bliźnim, a tymczasem nie można dopatrzyć się najmniejszego ruchu, najmniejszej myśli wśród tego samego społeczeństwa w tym kierunku, ażeby członkom tego zawodu zabezpieczyć przynajmniej możność istnienia. Niech tylko wybuchnie epidemia duru, cholery, lub jeszcze bardziej strasznej zarazy, niech nastaną czasy wojenne, wtedy to samo społeczeństwo bez żadnych względów i litości wysuwa lekarzy na najbardziej zagrożone punkta; lecz gdy niebezpieczeństwo przemija, nikt się nie troszczy o to, w jaki sposób ten sam lekarz znajduje środki istnienia dla siebie i swojej rodziny.

Wprawdzie istnieje pewna liczba posad rządowych, np. fizykatów, oraz krajowych prymaryatów, sekundaryatów, lekarzy okręgowych i t. d., ale i pod tym względem lekarze, jak wiadomo, są najzupełniej upośledzeni; z jednej strony są niepomiernie przeciążeni pracą, z drugiej zaś strony otrzymują wynagrodzenie nieodpowiednio niskie i nie wystarczające na ich utrzymanie. I państwo i kraj przypuszczają, że tę resztę dorobi lekarz z praktyki; zatem z tej praktyki muszą żyć i lekarze prywatni i lekarze, pozostający na posadach rządowych i krajowych. Oprócz leczenia chorób, lekarze są powoływani bardzo często w charakterze rzeczoznawców; wiadomo, jak państwo nisko wynagradza czas stracony przez lekarza. Oto są okoliczności, wskutek których zawód lekarski nie tylko nie jest ponętnym, lecz wprost odstraszającym; owóż wśród takich okoliczności, jak widzimy, przychodzi nowa ustawa, która wyróżnia studyum lekarskie przez to, że czyni je najtrudniejszem.

Główny zarzut, który należy zrobić tej ustawie, jest ten, że wprowadzając zupełnie słusznie do pewnego stopnia przymus przez oznaczenie terminów dla egzaminów ścisłych i zmuszając w ten sposób kandydatów do przestrzegania pewnego porządku studyów, niezbędnego warunku każdego racyonalnego nauczania, nie podaje kandydatom ani egzaminatorom żadnych pewnych wskazówek, żadnych norm, określających zakres wymagań w egzaminach ścisłych. Nadzwyczaj ogólnikowa wzmianka w tym względzie w instrukcyi, o której już nadmieniłem wyżej, jest nie wystarczająca, tem bardziej, że takie ogólnikowe określenie charakteru egzaminów może być rozmaicie rozumiane, a będzie rozumiane przeważnie w ten sposób, że instrukcya radzi zwrócić uwagę w wymaganiach głównie na rzeczy zasadnicze a nie wymagać szczegółów. Takie jednak postawienie sprawy właśnie w zastosowaniu do medycyny uważałbym za nieodpowiednie. Można ograniczyć się do zasadniczych wiadomości np. w naukach ścisłych, gdzie można mieć nadzieję, że w razie potrzeby kandydat ma czas i może uzupełnić wiadomości szczegółowe; lecz nie w medycynie, która dotychczas za naukę ścisłą uważać się nie może i prawdopodobnie długie jeszcze lata zostanie przeważnie „sztuką lekarską“, w której ani samych objawów chorobowych, ani ilości i jakości stanów chorobowych nie można wyprowadzić z jakiejś ogólnikowej zasady. To, co się wie, wie się tylko na podstawie bezpośredniej wiadomości szczegółów, które znać i pamiętać trzeba. Tu przecież każdy przypadek musi być zbadany i może być odróżniony od innych przypadków chorobowych tylko na podstawie szeregu szczegółów: czy idzie o określenie charakteru nowotworu, czy o rozpoznanie błonicy i odróżnienie jej od jakiejś sprawy nieżytowej, czy o stwierdzenie wady serca i odróżnienie szmerów słyszalnych w sercu od podobnych, które powstać mogą bez wady serca, czy o rozpoznanie jakiejś choroby zakaźnej, trzeba koniecznie znać szczegóły, cechy charakterystyczne tych lub innych stanów i zawsze choćby nieświadomie przeprowadzać rozpoznanie różniczkowe. — Słowem, zawsze potrzeba znać mnóstwo szczegółów, którymi się jeden stan odróżnia od drugiego. Otóż objęcie tego wszystkiego prawie naraz, bo w tym krótkim czasie, który ustawa dla egzaminów zakreśla, i w tak różnorodnych kierunkach, jakie obecny stan medycyny przedstawia, będzie stanowczo ponad siły nawet najzdolniejszego kandydata.

Ażeby zapobiedz z jednej strony nadmiarowi podawanych wiadomości na wykładach, z drugiej strony dać pewną normę wymagań podczas egzaminów, a kandydatom możność zoryentowania się, co mają umieć i wiedzieć, ustawa ze względu na obecny stan medycyny powinnaby była przyjąć inne zasady, a przedewszystkiem utworzyć na Wydziałach lekarskich, które jakkolwiek wchodzą w skład uniwersytetów, lecz są *de facto* tylko szkołami fachowemi, pewną łączność, pewną harmonię w wykładach rozmaitych przedmiotów tak, ażeby te wykłady stanowiły pewną całość, jakiś całokształt nauki lekarskiej, odpowiadający danej chwili. Zupełna wolność wykładów jest bardzo cennem prawem uniwersytetów, lecz pozostaje ona w sprzeczności z zasadami pedagogicznemi, a tem bardziej jest nieodpowiednią w każdej szkole zawodowej, która ma ściśle oznaczony cel, do którego wszystkie wykłady zdążać powinny. Ztąd wynikłaby konieczność pewnego porozumienia się profesorów między sobą i możność pewnego układu, pewnego unormowania materyału naukowego. W drodze takiego porozumienia musiałaby być przyjęta zasada, ażeby w wykładach nie było nic zbytecznego, ażeby obejmowały one możliwie tylko rzeczy niezbędne każdemu lekarzowi w praktyce i nie miały na celu wyrobienia specyalistów jakiegoś przedmiotu. W ten sposób w egzaminie odpadłaby potrzeba egzaminowania tylko z wiadomości ogólnikowych, lecz możnaby było uwzględnić gruntowną znajomość pewnych działów każdej nauki, gdyby został wydzielony ten cały materyał naukowy, który w praktyce zwykłego lekarza jest zbytecznym, jak np. wiadomości historyczne, kiedy jaka operacya, lub jaki środek leczniczy został wprowadzony w użycie, znajomość wszystkich tych operacyj i zabiegów, które stanowią szczyty nauki, które być może, że są bardzo doniosłe, lecz któremi lekarz praktyczny nie będzie się posługiwał i nie powinien się posługiwać, nie mając odpowiednich urządzeń, pomocy i innych warunków. W ten sposób mogliby kandydaci, jak wyżej zaznaczyłem, osiągnąć dokładną znajomość rzeczy najważniejszych, a dopiero po skończeniu studyów i po obraniu tej lub innej specyalności, mogliby uzupełnić swą wiedzę w jakimś jednym kierunku. Jeźliby Wydziały lekarskie tak pojęły swoje zadanie i wprowadziły te reformy w swych wykładach i wymaganiach, obecna ustawa mogłaby się niewątpliwie okazać korzystną; w przeciwnym razie, jeżeli rzeczy pozostaną w tym stanie, jak były dotychczas, wywoła ona przeciążenie słuchaczy, odstręczy młodzież od Wydziałów lekarskich i w sposób nieunikniony spowoduje zmniejszenie się liczby lekarzy.

Największą wadą naszego obecnego systemu jest to, że uczeń nigdy nie wie, co mu potrzeba do egzaminów, a wie tylko jedno, że może być zapytanym z najróżnorodniejszych działów każdego przedmiotu; wskutek tego wynik dzisiejszych egzaminów jest zawsze czysto przypadkowy i zależy od usposobienia profesora; dlatego też ci ostatni dzielą się na trudno i łatwo egzaminujących. Gdyby przynajmniej wydawano wykłady poszczególnych profesorów, lub też każdy z profesorów opracował lub wskazał odpowiedni podręcznik, uczeń miałby przynajmniej jakąś wskazówkę; bez tych wiadomości każdy, idąc do egzaminów, rzuca się na los szczęścia i nigdy nie jest pewnym wyniku. W Rosyi i w Niemczech, o ile mi wiadomo, rząd bierze na siebie normowanie wiedzy, wymaganej od kandydata, zatwierdzając programy, obejmujące rozmaite pytania z każdej dziedziny. Tam więc profesor może wykładać, co mu się podoba; lecz uczeń wie przynajmniej, co musi na pewno umieć do egzaminu.

Wobec ogromu wiedzy lekarskiej system ten, który przyjęty jest w Austryi, jest nawet według mego zdania wprost nieracyonalny, albowiem prowadzi w każdym uniwersytecie do tego, że studenci starają się poznać tylko wszystkie ulubione przez profesora zagadnienia i sposób jego wymagań, a zato na inne już zupełnie nie zwracają uwagi. Zresztą każdemu egzaminatorowi dobrze wiadomo, że kandydat całego przedmiotu objąć nie może, więc czyż nie jest więcej racyonalnem wskazać niedoświadczonemu umysłowi, na co on ma przedewszystkiem zwrócić uwagę, niż zmuszać go, ażeby na chybił trafił wybierał sobie pewne pytania, lub ucząc się wszystkiego stracił wiele czasu i niczego się dobrze nie nauczył. Tymczasem dla rozwoju umysłu, dla przygotowania do samodzielnej pracy, daleko ważniejszą rzeczą jest, ażeby kandydat umiał jedną rzecz dobrze, niż dziesięć źle.

Wobec zasady wolności nauczania takie normy, zmieniające się z czasem z rozwojem nauki, według mego zdania powinny stworzyć same Wydziały; sami profesorowie powinni się rozpatrzyć w materyale naukowym, oznaczyć zakres wiedzy, wymaganej od słuchaczów i w ten sposób uzupełnić ustawę i umożliwić jej stosowanie.

Prof. N. Cybulski.

VI. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

IX. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.

W dalszym ciągu zgłoszono:

W sekcyi I (matematyczno-fizycznej):

Wykład: 6) Lucyan Emil Böttcher (Lwów); „Historyczny przegląd rozwoju teoryi równań funkcyjnych". (143)

XIV A. Sekcya chirurgiczna.

podaje do wiadomości następujący swój program:

I. Temata obrad ogólne.

1) „O leczeniu wrzodu żołądka". Sprawozdawcy: Prof. Dr. Rydygier i prof. Dr. Gluziński (Lwów). Na posiedzeniu wspólnem z sekcyą medycyny wewnętrznej, XIII).

2) „O leczeniu kamicy żółciowej". Sprawozdawcy: Dr. Krajewski i Dr. Rejchman (Warszawa). (Na posiedzeniu wspólnem z sekcyą medycyny wewnętrznej, XIII).

3) „Etyologia raków ze stanowiska klinicznego". Sprawozdawca: Prof. Dr. Kader (Kraków) (koreferat do wykładu prof. Dr. Browicza: „Etyologia nowotworów", na posiedzeniu wspólnem z sekcyą patologiczną, XII).

4) „Środki obronne ustroju w walce przeciw zakażeniu". Sprawozdawca: Prof. Dr. Kader (Kraków).

5) „O wskazaniach do chirurgicznego leczenia przewlekłego ropienia ucha środkowego". Sprawozdawcy: Dr. Heiman i Dr. Guranowski (Warszawa). (Na posiedzeniu wspólnem z sekcyą laryngologiczno-otyatryczną XIV, B).

II. Odczyty i demonstracye.

1) Radca dworu prof. Dr. Rydygier (Lwów). „Krótki pogląd na udział chirurgów polskich w rozwoju nowoczesnej chirurgii przewodu pokarmowego". (144)

2) R. d. prof. Dr. Rydygier (Lwów). „Demonstracya ciekawych preparatów zapalenia wyrostka robaczkowego" (*appendicitis*). (145)

3) Dr. Borsuk (Warszawa). „Przyczynek do entero-anastomozy". (146)

4) Dr. Sołowiejczyk (Warszawa). „*Herniae artificiales*". (147)

5) Dr. Oderfeld (Warszawa). „O przepuklinach zgorzelinowych". (148)

6) Dr. Oderfeld (Warszawa). (Dokładny tytuł podany będzie później). (149)

7) Dr. Watten (Łódź). „Przyczynek do chirurgii trzustki". (150)

8) Dr. Sawicki (Warszawa). „Przypadek ropnia trzustki. — Ropienie trzustki". (151)

9) Dr. Kaczkowski (Kraków). „Chirurgiczne zabiegi przy guzach głowy trzustki". (152)

10) R. d. prof. Dr. Rydygier (Lwów). „O nowotworach odbytnicy". (153)

11) Dr. Gerzabek (Kraków). „O zapobieganiu krwotokom przy operacyi na odbytnicy". (154)

12) Dr. Brünner (Warszawa). „*Atresia ani congenita*". (155)

13) Doc. Dr. Kryński (Kraków). „Gruźlica jądra". (156)

14) Dr. Zembrzuski (Warszawa). „O wynikach leczenia zwężeń cewki sposobem Maisonneuve'a". (157)

15) Dr. Zawadzki (Warszawa). „Pięciodniowe zatrzymanie moczu". (158)

16) R. d. prof. Dr. Rydygier (Lwów). „O leczeniu przerostu gruczołu krokowego". (159)

17) Dr. Grosglik (Warszawa). „O leczeniu przerostu gruczołu krokowego zapomocą sposobu Bottiniego". (160)

18) R. d. prof. Dr. Rydygier (Lwów). „Kilka słów o szwie pęcherzowym i operacyach na pęcherzu wogóle". (161)

19) Doc. Dr. Kryński (Kraków). „O leczeniu następowem po *sectio alta*". (162)

20) Prof. Dr. Ziembicki (Lwów). „Przyczynek do litotrypsyi". (163)

21) Dr. Herman (Lwów). „Aseptyka cewnikowania". (164)

22) Dr. Grosglik (Warszawa). „Przyczynek do chirurgii moczowodów". (165)

23) Dr. Gabszewicz (Warszawa). „Z chirurgii nerek". (166)

24) Dr. Krajewski (Warszawa). „O osteoplastycznych operacyach na miednicy". (167)

25) Dr. Sawicki (Warszawa). „Laminektomia przy *spondyllitis*". (168)

26) Dr. Sawicki (Warszawa). Tytuł podany będzie później. (169)

27) Dr. Herman (Lwów). „O postępowaniu leczniczem wobec zwichnięć zastarzałych", (170)

28) Dr. Leśniowski (Warszawa). „Przyczynek do patologii i terapii zapaleń stawów". (181)

29) Prof. Dr. Ziembicki (Lwów). „Przyczynek do leczenia stopy szpotawej". (172)

30) Dr. Ruf (Lwów). „O nowotworach na kończynach". (173)

31) Doc. Dr. Kryński (Kraków). „*Gangraena spontanea*". (174)

32) Dr. Kociatkiewicz (Warszawa). „O leczeniu operacyjnem gruźlicy gruczołów szyjnych". (175)

33) Dr. Gabszewicz (Warszawa). „O guzach ślinianki przyusznej". (176)

34) Doc. Dr. Barącz (Lwów). „O promienicy ludzkiej". (177)

45) Doc. Dr. Barącz. Tytuł podany będzie później. (178)

36) Dr. Brunner (Warszawa). „Z dziedziny chirurgii serca". (179)

37) Dr. Sawicki i Dr. Flatau (Warszawa). „Badania doświadczalne i drobnowidowe z dziedziny chirurgii nerwów obwodowych“. (Na posiedzeniu wspólnem z sekcyą XI, anatomiczno-fizyologiczną). (45)

38) Dr. Watten (Łódź). „Minimum ostrożności anti- i aseptycznych, jakie przedsiębrać należy w praktyce prywatnej chirurgicznej i ginekologiczno-położniczej“ (180)

39) Doc. Dr. Bossowski (Kraków). (Tytuł podany będzie później). (181)

40) Doc. Dr. Rutkowski (Kraków). (Tytuł podany będzie później). (182)

41) Dr. Leszczyński (Warszawa). „Badania nad środkami ogólnie znieczulającymi“. (Na posiedzeniu wspólnem z sekcyą XV, dentystyczną). (64)

42) Dr. Wachtel (Kraków). (Tytuł podany będzie później). (183)

43) Dentysta Idzikowski (Warszawa). „O znieczulaniu tlenkiem azotu“. (Na posiedzeniu wspólnem z sekcyą XV, dentystyczną). (184)

44) Dr. Gawlik (Kraków). „W sprawie cucenia pozornie zmarłych wśród narkozy“. (185)

45) Dr. Droba (Kraków). „O zmianach anatomo-patologicznych pod wpływem zakażenia gruźliczego, na podstawie doświadczeń na zwierzętach“. (Na posiedzeniu wspólnem z sekcyą XII, patologiczną). (186)

46) Dr. E. Flatau i Dr. Leśniowski (Warszawa). „Uszkodzenie rdzenia pacierzowego ze specyalnem uwzględnieniem odruchów“. (Na posiedzeniu wspólnem z sekcyą XVII neuropatologiczną). (61)

47) Dr. Urbanik (Kraków). „O infuzyi i hypodermoklizie“. (187)

Komitet gospodarczy sekcyi chirurgicznej przypomina uczestnikom zjazdu w sprawie regulaminu obrad, że:

1) Temata obrad ogólne (referaty) nie mogą trwać dłużej nad 25 minut, odczyty i demonstracye nie dłużej nad 15 minut, a zabierający głos w dyskusyi tak nad referatami, jak nad odczytami nie mogą przemawiać dłużej nad 5 minut.

2) Temata odczytów na zjazd przyjmuje komitet gospodarczy sekcyi chirurgicznej tylko do d. 1 czerwca 1900 r.

Wykłady wypowiedziane na posiedzeniach sekcyi chirurgicznej drukowane będą wraz z dyskusyą *»in extenso«* w „Przeglądzie chirurgicznym“ niezależnie od streszczeń, pomieszczonych w „Dzienniku Zjazdu“.

Streszczenia zamierzonych wykładów dla „Dziennika Zjazdu“ należy nadsyłać do d. 1 czerwca 1900 na ręce gospodarzy lub sekretarzy odpowiednich sekcyj.

W sekcyi IV (zoologicznej) zgłoszono wykłady:

1) S. Sikoryak (Lwów). „Przyczynki do fauny wijów galicyjskich“. (188)

2) S. Sikoryak. „Badania nad stosunkiem ucha do pęcherza pławnego u ryb śledziowatych“. (189)

3) Prof. Dr. Józef Nusbaum (Lwów). „Przyczynki do znajomości anatomii porównawczej ryb“. (190)

4) Prof. Dr. Nusbaum. „Przyczynki do embryologii ryb kościstych“. (191)

Kraków d. 2 kwietnia 1900.

Prof. Dr. St. Ciechanowski
sekretarz kom. gosp. (Wielopole 4).

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 5 kwietnia.

Otrzymujemy następujące pismo:

Rada zawiadowcza Towarzystwa lekarzy galicyjskich ogłasza niniejszem konkurs na nagrodę w kwocie 600 koron z funduszów Towarzystwa za najlepszą pracę naukową z dziedziny nauk lekarskich, napisaną w języku polskim i dotychczas nie ogłoszoną drukiem. Wybór tematu pozostawia się autorom z tem jedynie zastrzeżeniem, by praca była opartą na stosunkach krajowych i miała znaczenie dla poprawy stósunków zdrowotnych w kraju. Ubiegać się mogą o nagrodę wszyscy lekarze bez ograniczenia.

W razie uznania przez wybrany przez Radę zawiadowczą Komitet sędziów szczególnej wartości literacko-naukowej pracy, może nagroda być podwyższoną do 1000 koron. Termin złożenia rozpraw z zachowaniem zwykłych form konkursowych oznacza się do końca stycznia 1901 r.

Z Rady zawiadowczej Towarzystwa lek. gal.

Dr. Gołębiowski. *Dr. Merunowicz,* prezes.

Otrzymujemy następujący list otwarty:

Szanowny Kolego Redaktorze!

W 83 Nrze »Czasu« znajdujemy artykuł podpisany przez prof. Dra Domańskiego p. t. „Gruźlica w Krakowie“. Autor, znany z troskliwości o dobrą opinię miasta, dla którego stosunków higienicznych zrobił niewątpliwie bardzo dużo, pragnąłby i teraz, gdy chodzi o rozpowszechnienie gruźlicy, ażeby miasto Kraków nie doznało szwanku w opinii w porównaniu do innych miast, które zdaniem jego daleko więcej na gruźlicę są narażone. Jako przykład przytacza Wiedeń z 74. Lwów 87·70, Pragę 106·70, Berno 108·70 śmiertelności, gdy w Krakowie cyfra ta wypada najniżej, bo 71·16 na 10.000 mieszkańców.

W tej chwili nie wchodzimy w krytykę cyfr, które w różnych czasach mogą dawać bardzo znaczne wahania w odsetkach. Już jednak z tego zestawienia prof. Domańskiego widzimy, że Kraków składa również pokaźną daninę gruźlicy, zabierającej stokroć więcej ofiar, niż wszystkie inne epidemie, przed obawą których społeczeństwo tyle różnych przedsiębierze środków. Jeżeli zatem autor wzmianki w »Przeglądzie Lekarskim« nawołuje do walki ze złem tak groźnem, które już w całym świecie cywilizowanym zwróciło na siebie powszechną uwagę, dlaczego my Polacy stoimy w tym względzie na ostatniem miejscu? Czy uspokajając opinię publiczną, że wszystko u nas jest dobrze, nie stajemy w sprzeczności z cyframi? Gdy w Niemczech w ciągu roku powstaje kilkanaście sanatoryów dla chorych na gruźlicę, co u nas się robi? Ani jednego w całym kraju niema. Gdy gdzieindziej społeczeństwo wszelkimi sposobami, bo i zapomocą broszur i licznymi odczytami popularnymi, a nawet plakatami przestrzega przed zaraźliwością gruźlicy, u nas prof. Domański twierdzi, że nawoływanie instytucyi, popularyzujących wiedzę dla ogółu (uniwersytet ludowy — lub kursa specyalne dla lekarzy — kursa wakacyjne) do szerzenia wiadomości o gruźlicy, »nic nie zaszkodzi i niewiele pomoże, bo rdzeń walki z gruźlicą tkwi nie w przestrzeganiu przepisów higienicznych, ale w poprawie stosunków ekonomicznych.«

Dziś nie wolno nam lekarzom odzywać się w ten sposób. Stosunki ekonomiczne grają niewątpliwie wielką rolę w szerzeniu się gruźlicy i innych chorób zakaźnych, ale podobnie, jak wilgotne drzewo nie zgnije, gdy się doń grzyb lub właściwy mikrob nie dostanie, również i człowiek, choćby najgorzej odżywiany, nie umrze na gruźlicę bez zakażenia. Że gdzieindziej jest może w tym kierunku gorzej, wcale nas to nie uwalnia od przedsiębrania środków zaradczych.

Jeżeli tak mówią u nas lekarze, to co ma sądzić ogół nielekarski?

Ludzie dobrze świadomi swych celów i obowiązków powinni właśnie raz porozumieć się, co robić należy i u nas w obec tej plagi, tak groźnej dla wszystkich społeczeństw. Miasto Kraków, jako główne ognisko naszej oświaty, powinno dać przykład i stanąć do walki a przedewszystkiem obmyśleć środki zapobiegawcze. Rada Miasta w pierwszym rzędzie powinna obmyśleć środki na budowę sanatoryów dla gruźliczych chorych, oraz postarać się o popularyzowanie odpowiednich publikacyj i pouczanie mieszkańców o sposobach zapobiegania gruźlicy. W dalszym ciągu Rząd powinien wydać ustawę, zaliczającą gruźlicę do chorób zakaźnych, co dotąd jeszcze w Austryi nie nastąpiło. O tych sprawach mam zamiar w niedługim czasie obszerniej pomówić. *O. Bujwid.*

Otrzymujemy następujący list otwarty:

Szanowny Panie Redaktorze!

W roku zeszłym z okazyi artykułu kol. Gwiazdomorskiego przesłałem Szanownej Redakcyi komunikat, w którym przedstawiłem bezskuteczne starania moje, czynione u władz miejscowych dla uzyskania pozwolenia zbadania dzieci uczęszczających do szkół ludowych krakowskich, by na podstawie zebranych dat statystycznych módz wysnuć wnioski o stanie zdrowotności naszej dziatwy szkolnej i zalecić środki zapobiegawcze. W dalszym ciągu moich zabiegów wniosłem dnia 30-go października 1899 roku podanie do c. k. Krajowej Rady szkolnej we Lwowie z prośbą o pozwolenie zbadania dzieci, uczęszczających do szkół

ludowych, a następnie prośbę osobiście poparłem u p. Wiceprezydenta Rady szkolnej Bobrzyńskiego, który *wyraził mi uznanie za podjęcie tej myśli, zasługującej na wszelkie poparcie ze strony władz*, nadmienił jednak, że sprawę odesłał do zaopiniowania do Krajowej Rady zdrowia.

Obecnie mogę przedłożyć Szanownej Redakcyi dosłowny odpis odpowiedzi C. k. Rady Szkolnej krajowej, która zasługuje, jak sądzę, na ogłoszenie jako »czyn dodatni« naszych Władz w kierunku zdrowia publicznego. Oto brzmienie tej odpowiedzi:

»C. k. Rada szkolna krajowa. Lwów, dnia 9 marca 1900 roku L. 4523. Do C. k. Rady szkolnej okręgowej miejskiej w Krakowie. Dr. Jan Landau, specjalista dla chorób dzieci w Krakowie, zamieszkały przy ulicy Grodzkiej Nr. 69., wniósł dnia 30 października 1899. bezpośrednio do C. k. Rady szkolnej krajowej prośbę o pozwolenie zbadania młodzieży, uczęszczającej do szkół krakowskich, pod względem zdrowotnym i umysłowym, przedkładając równocześnie wzór kwestyonaryusza, który mógłby wogóle posłużyć lekarzom do podobnych badań w innych miejscowościach. Na podstawie opinii c. k. Krajowej Rady zdrowia, do której c. k. Rada szkolna krajowa w tej sprawie się odniosła, zawiadamia C. k. Rada szkolna okręgowa Dra Jana Landaua, że wniosek jego *uznano za nader ważny i pożyteczny*, że jednak C. k. Rada szkolna *nie widzi możności wykonania tego projektu, jak długo nie ma w kraju przeprowadzonej organizacyi lekarzy szkolnych*. Wobec tego C. k. Rada szkolna krajowa *wstrzymuje się z udzieleniem pozwolenia na badanie młodzieży szkolnej* krakowskiej przez Dra Jana Landaua Za C. k. Namiestnika. Bobrzyński. — Wiel. Panu Drowi Janowi Landauowi w Krakowie udziela się do wiadomości. Z C. k. Rady szkolnej okręgowej miejskiej. J. Friedlein«.

Difficile est satiram non scribere. Jeżeli bowiem Krajowa Rada zdrowia i Reprezentant Rady szkolnej krajowej uznali wniosek za »nader ważny i pożyteczny« a znalazł się ktoś chętny do poniesienia trudu w imię dobrej, a dla społeczeństwa tak ważnej sprawy, nie pojmuję, o ile ta sprawa w danym przypadku zależy od organizacyi lekarzy szkolnych. Zapytać jednak wolno, czy p. Prezydent Bobrzyński sądzi, że w najbliższej a bodaj czy w nieco dalszej przyszłości możemy się spodziewać organizacyi lekarzy szkolnych? Czekajmy!

Dr. Jan Landau.

* Redaktor główny *Przeglądu lekarskiego*, kol. A. Kwaśnicki, usunął się na czas jakiś od zajęć redaktorskich z powodu potrzeby wypoczynku po przebytej grypie; przez ten czas zastępować go będzie kol. St. Ciechanowski (Wielopole 4).

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło we środę 4 b. m. posiedzenie zwyczajne, na którem kol. Bujwid mówił: »O zastósowaniu rur ołowianych przy wodociągach«. W ożywionych rozprawach zabierali głos koledzy: Browicz, Bier, Ciechanowski, Nowak, Seńkowski, Wachholz, Zarewicz i prelegent. Wykład kol. Dobrowolskiego odłożono z powodu spóźnionej pory do następnego posiedzenia.

* Dnia 2 b. m. odbyła się na Wszechnicy lwowskiej niezwykła uroczystość, mianowicie pierwsza w dziejach lwowskiego Wydziału lekarskiego promocya doktorów wszech nauk lekarskich. Pierwsze te dyplomy otrzymali w obecności grona profesorów uniwersytetu, młodzieży akademickiej i licznej publiczności pp. Bolesław Kielanowski, Henryk Mańkowski i Piotr Pręgowski. Rektor uniwersytetu prof. Dr. Abraham i dziekan Wydz. lek. prof. Dr. Prus wygłosili podniosłe i pełne głębszych myśli przemówienia, poczem dokonał promocyi prof. Dr. Kadyi. Z radością i zadowoleniem przyjąć należy wiadomość o tym akcie, stanowiącym zewnętrzną oznakę, że Wydział lekarski lwowski działa już jako skończona całość.

* Dr. med. Józefa Joteyko, sprawozdawczyni z polskich prac do rocznika »L'année chirurgicale«, uprasza o nadsyłanie jej prac z zakresu chirurgii, wydanych w odbitce lub osobno, pod adresem: Institut Solvay, parc Leopold, Bruxelles.

* »Časopis lékařů českých« pomieszcza obecnie stale bibliografię lekarską słowiańską.

* W wiedeńskiej Radzie państwa wniósł poseł Dr. Roser, aby Rząd dążył do tego, iżby już w szkołach ludowych wpajano dzieciom zasady higieny życia codziennego i w ten sposób dawano jaknajwcześniej podstawy do prawidłowego postępowania z własnem zdrowiem. Wniosek ten może spotkać się tylko z ogólnem uznaniem lekarzy, higienistów i filantropów, a najłatwiej i najlepiej mógłby wejść w życie, — jak słusznie zauważa *Deutsche med. Wochs.*, — gdyby wprowadzono instytucyę lekarzy szkolnych, robiącą w Niemczech wielkie postępy, dzięki wytrwałym nawoływaniom i usiłowaniom samychże lekarzy. Do nich przedewszystkiem należy ile możności pośrednio i bezpośrednio myśl tę popierać.

* Kasa zapomóg lekarzy wiedeńskich, założona przez nowoutworzoną tamtejszą organizacyę lekarzy, weszła w życie w tej postaci, że w razie śmierci członka Kasy otrzymuje rodzina jego jednorazowe wsparcie, którego wysokość wzrasta w miarę liczby zabezpieczonych, (czyli w miarę wzrostu ogólnego rocznego dochodu), licząc za każdego zabezpieczonego 2 korony. Oprócz opłat rocznych musi każdy przystępujący do Kasy zapłacić wstępne, obecnie oznaczone na 4 korony bez różnicy wieku, lecz później wynosić mające stósownie do wieku 5 do 200 koron.

* Parlamentowi włoskiemu wkrótce przedłożony będzie wniosek, aby we Włoszech zakazano praktyki lekarzom cudzoziemcom, z wyjątkiem leczenia własnych ziomków i przyjazdu na narady lekarskie. Wniosek ten będzie niewątpliwie uchwalony.

* Uniwersytet w Odessie ma w tym jeszcze roku uzupełniony być Wydziałem lekarskim.

* »Časopis lékařů českých« podkreśla i zaznacza wykrzyknikiem wiadomość, poczerpniętą z *Nowin lekarskich*, że z 2679 Polaków, uczęszczających w r. z. na wszechnice austryackie, jeden tylko zapisany był na czeski uniwersytet w Pradze; natomiast na niemiecki zapisało się 5, w Insbrucku było 11, w Gracu 24, w Czerniowcach 44, w Wiedniu 241, we Lwowie 1094, w Krakowie 1259.

* Dr. A. Jaruntowski z Poznania ordynuje w chorobach piersiowych, gardła i nosa od początku maja do końca września w Reichenhall (Bawarya).

Mianowani: Prof. Romberg z Lipska dyrektorem kliniki w Marburgu, Prof. Dimmer z Insbrucku — profesorem okulistyki w Gradcu, Doc. E. Hering profesorem patologii og. i dośw. na niemieckiej wszechnicy w Pradze, Prof. Pearson profesorem chirurgii w Cork., a Dr. Cameron profesorem chirurgii w Glasgowie. — Prof. Ernst z Heidelbergu powołany do Zurychu na katedrę anatomii patologicznej w miejsce Ribberta.

Zmarli: laryngolog Whistler. w Londynie, chirurg prof. Saxtorph w Kopenhadze, Prof Leroy w Lille, okulista prof. Holmes w Chicago, Dr. E. Silbermann w Brodach, Dr. Bronisław Strożecki w Wiedniu.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich: *Gazeta lekarska* Nr. 13. J. Czajkowski: O patogenezie głębokich ropni przedniej ściany brzucha. M. Goldbaum: Nowy objaw przy syringomyelii, łódkowata klatka piersiowa. W. Orłowski: O bakteryobójczem działaniu urotropiny (dok.). A. Sokołowski: Parę uwag o cierpieniach dróg oddechowych, wikłających zimnicę (dok.). *Medycyna* Nr. 13. Dr. K. Rzętkowski: Kilka uwag o chorobie Thomsena (*myotonia congenita*). S. Kossobudzki: Przyczynek do leczenia ran zakażonych. I. Sunderland: Badania jakościowe moczu w ściśle praktycznem zastósowaniu. *Kronika lekarska* Zesz. 6: Garliński W: Przypadek oderwania się tęczówki od wieńca rzęskowego. (*Iridodialysis*). Giedroyć W.: Notatki lekarskie z dziedziny chorób wenerycznych. *Czasopismo lek.* Nr. 4. Dr. F. Arnstein: Ciechocinek pod względem higieniczno-sanitarnym. Dr. A. Troczewski: Przypadek zapalenia tkanki łącznej pozagałkowej i okołoszczękowej z następnym ropniem mózgu po wyjęciu zęba zepsutego. Dr. A. Tumpowski: Zakłady lecznicze dla niezamożnych chorych nerwowych. *Postęp okulistyczny*, Marzec: Talko J. Wągr oka w Polsce. Prof. Wicherkiewicz: O rzadkich postaciach syfilitycznego zapalenia rogówkowego u dzieci (dok.).

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**